ROK IX. WARSZAWA 1935 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Złamania typowe dolnej nasady kości promieniowej[1]).

Podał

DOC. DR. MED. A. WOJCIECHOWSKI.

Złamania te stanowią niewątpliwie najliczniejszą kategorję złamań, z którą lekarz praktyk ma do czynienia. Co więcej, leczenie tych złamań leży zupełnie w zakresie możliwości każdego lekarza, nie wymaga żadnych szczególnych urządzeń i jest rzeczą bardzo wdzięczną. Z drugiej strony, nierozpoznane lub nieodpowiednio leczone złamania nasady promienia prowadzą nieuchronnie do mniej lub więcej dotkliwego ograniczenia czynności ręki, a nawet do kalectwa, — wszystko to stanowi aż nadto wystarczający powód, aby właśnie te złamania były każdemu lekarzowi dobrze znane.

Najsamprzód trochę danych z dziedziny anatomji. Pierwszy rząd kości garstka tworzy staw z promieniem, ale nie z kością łokciową, wobec tego garstek, a wraz z nim i cała dłoń przesuwa się razem z nasadą promienia. P r z e m i e s z c z e n i e t e j n a s a d y j e s t r ó w n o z n a c z n e z p r z e m i e s z c z e n i e m c a ł e j d ł o n i i dlatego też tak ważkie w swych następstwach. Stosunek prawidłowy dłoni do przedramienia jest taki, że linja, odpowiadająca osi przedramienia stanowi również oś dłoni i przebiega tu wzdłuż trzeciego palca. Innemi słowy oś dłoni i oś przedramienia tworzą jedną linję prostą. Wyrostek rylcowy promienia prawidłowo znajduje się o mniej więcej centymetr niżej, czyli więcej dłoniowo, niż odpowiedni występ kości łokciowej, zaburzenie tego stosunku, tak samo jak zaburzenie stosunku osi wskazuje na złamanie (rys. 1). Dolna powierzchnia stawowa kości promieniowej styka się z kością łódkowatą i częściową z półksiężycowatą, kość trójkątna leży już dalej i styka się nie z kością promieniową, ani też z łokciową, lecz z chrząstką trójkątną, która tu jest wstawiona między kość łokciową a pierw-

[1]) Rozdział z podręcznika „Zarys leczenia złamań i zwichnięć dla studentów i lekarzy-praktyków" Doc. A. Wojciechowskiego.

szym rzędem kości garstka. Właśnie wskutek tego na przedniotylnych radjogramach garstka, pomiędzy kością łokciową, a kośćmi garstka widoczny jest duży odstęp. Zmniejszenie lub brak tego odstępu wskazuje najczęściej na obecność złamania nasady kości promieniowej. Nasada ta nie leży w bezpośredniem przedłużeniu osi trzonu, lecz jest nieco kątowo względem niego ustawiona i to mianowicie w kierunku dłoniowym. Wskutek tego powierzchnia stawowa posiada lekkie nachylenie dłoniowe, a z osią trzonu tworzy kąt około 60 stopni.



Rys. 1.

Złamania nasady kości promieniowej mogą się wydarzyć w każdym wieku z wyjątkiem dziecięcego (tam odpowiednikiem tego złamania są inne uszkodzenia), jednak najczęściej spostrzegane bywa po czterdziestce. Mechanizm złamania tego prawie zawsze jest jednakowy — upadek na wyciągniętą dłoń. Wskutek tego podczas upadku powstaje nadmierne zgięcie grzbietowe dłoni i jako wynik złamanie nasady, czy to z oderwania, jak chcą niektórzy, czy ze zgięcia, jak twierdzą inni. Linja złamania przebiega zawsze w typowem miejscu, mianowicie mniej więcej półtora centymetra powyżej szpary stawowej; przesunięcie również przeważnie jest typowe. Przemieszczenie tu nie jest dziełem mięśni, a samego urazu, oraz jest następstwem przebiegu linji złamania. Ta ostatnia typowo przebiega ku górze, t. j. grzbietowo i dośrodkowo, wobec czego i odłam dolny przemieszcza się grzbietowo mniej lub więcej wybitnie (rys. 2). Poza



Rys. 2.

przemieszczeniem grzbietowem prawie zawsze istnieje i przesunięcie w stronę promieniową, tak, że typowo mówimy o dorsalizacji i radjalizacji odłama obwodowego. Dalszem stałem zjawiskiem jest wklinowanie odłamów. Mniej wybitnie występują inne przemieszczenia, mianowicie przemieszczenie kątowe, wskutek którego powierzchnia stawowa zwrócona jest grzbietowo zamiast dłoniowo, jak prawidłowo i obrotowe, mianowicie supinacyjne ustawienie odłama obwodowego. Wklinowanie odłamów jest zjawiskiem zupełnie stałem, co powoduje łatwość i częstość omyłek rozpoznawczych, wobec braku ruchomości odłama obwodowego. W cięższych przypadkach napotykamy rozłupanie obwodowego odłama na kilka części, pomimo to jednak wklinowanie istnieje. Z dodatkowych uszkodzeń do bardzo częstych należy odłamanie wyrostka rylcowego kości łokciowej, co tłumaczy się tem, że odłam obwodowy przesuwając się grzbietowo i ku górze pociąga silnie przyśrodkowe (łokciowe) więzadło poboczne i wreszcie odrywa w ten sposób wyrostek rylcowy. Z innych mniej częstych uszkodzeń dodatkowych należy wymienić jednoczesne złamanie kości łódkowatej i nadwichnięcie w stawie promieniowo-łokciowym.

Rozpoznanie typowego złamania dolnej nasady kości promieniowej jest rzeczą zupełnie łatwą, jeżeli tylko lekarz wogóle myśli o tem uszkodzeniu. Tak częste jeszcze omyłki rozpoznawcze mogą być wytłumaczone jedynie zupełną nieznajomością podstawowych objawów tego złamania, a nie trudnościami samego rozpoznawania. Już wywiady są cenną pomocą. Jeżeli zgłasza się do nas chory, zwłaszcza powyżej 40 lat i opowiada, że upadł na wyciągniętą dłoń, poczem uczuł dotkliwy

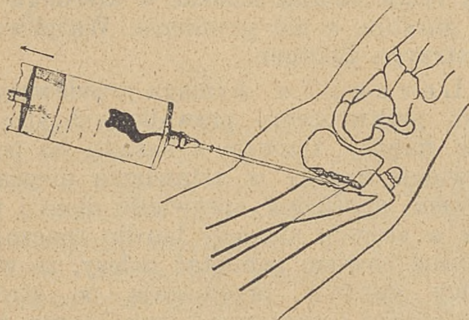
ból w okolicy nadgarstka, to rozpoznanie złamania jest prawie pewne. Istotnie bowiem, zwykłe stłuczenie, aczkolwiek zupełnie możliwe, jednak w tym wieku jest rzeczą rzadszą od złamania, co się tyczy zaś zwichnięcia w stawie garstkowym, o którym często myślą w takiej chwili początkujący, to należy ono do wielkich rzadkości, zwłaszcza jeżeli chodzi o zwichnięcie zamknięte. Prawdopodobieństwo zatem wszelkie przemawia z góry już za złamaniem. Aby upewnić się i ostatecznie ustalić rozpoznanie zwracamy przedewszystkiem uwagę na typową i ściśle umiejscowioną bolesność uciskową tuż nieco powyżej szpary stawowej, następnie badamy, czy zachowane są prawidłowe zarysy i stosunki tej okolicy. A więc, czy jak normalnie, występ kostny odpowiadający wyrostkowi rylcowatemu promienia jest ustawiony bliżej dłoniowo, niż odpowiedni wyrostek kości łokciowej. Następnie, czy oś przedramienia i oś dłoni zlewają się z sobą, czy też oś dłoni jest odchylona pod kątem? Wreszcie, czy istnieje zniekształcenie typowe wskutek również typowego przesunięcia odłamu obwodowego w stronę grzbietową. Przemieszczenie to powoduje powstawanie łagodnej wypukłości w okolicy grzbietowej powierzchni nadgarstka, przypominającej nieco łukowate wygięcie widelca i dlatego przez Francuzów określanej jako zniekształcenie „en dos de fourchette". Również typowe zniekształcenie napotykamy po stronie dłoniowej, mianowicie zobaczymy tu występ, jakby obrzmiałość, spowodowany przemieszczeniem przez wystający ku dołowi odłam dośrodkowy licznych tu ścięgien zginaczy. Jeżeli złamanie jest niedawne i obrzęk nie zdołał jeszcze rozwinąć się niepomiernie, możemy bez trudu dotykiem stwierdzić grzbietowe przesunięcie odłamu obwodowego, schodkowaty występ w miejscu stykania się odłamów dolnego z górnym, oraz przesunięcie promieniowe dolnego odłama. Natomiast zbędne oczywiście byłoby doszukiwanie się ruchomości odłamów, lub tarcia kostnego, wklinowanie jest zawsze obecne i właśnie nieuwzględnianie tego tak stałego stanu rzeczy jest najczęstszym powodem omyłek. Nie tylko lekarz bowiem, lecz i sam chory nie przypuszcza, że kość uległa złamaniu, skoro może on dłonią i palcami poruszać i niema na pierwszy rzut oka objawów przerwania ciągłości kości. Prawie zawsze dokładne badanie kliniczne, nietylko że z wystarczającą pewnością ustala rozpoznanie, lecz pozwala ponadto wcale dobrze zorjentować się co do obecności i stopnia przesunięcia odłamów. Jeżeli jednak są jakiekolwiek wątpliwości, żądać należy radjogramu, który odrazu sprawę rozstrzygnie. W przypadkach dawniejszych, o dużym obrzęku, opieramy rozpoznanie na umiejscowionej bolesności, przesunięciu wyrostka rylcowatego (który zawsze można dobrze wyczuć) i na przesunięciu osi. Zniekształcenie może być w przypadku bardzo dużego obrzęku i wylewu coprawda duże, ale mało typowe.

Rozpoznanie złamania nasady kości promieniowej samo nie wystarcza, trzeba jeszcze sprawdzić, czy niema dodatkowych uszkodzeń. Biorąc pod uwagę najczęstsze, badamy najsamprzód wyrostek rylcowaty kości łokciowej. Jeżeli stwierdzimy wyraźną bolesność uciskową, a tembardziej przesunięcie tego wyrostka, łatwo dostępnego badaniu, wnioskujemy, że i ten wyrostek uległ złamaniu. Złamanie kości łódkowatej wykazuje jako objaw charakterystyczny bolesność uciskową w okolicy t. zw. tabakierki anatomicznej, należy tylko badając uciskać w kierunku kości garstka, a nie promienia. Wątpliwości rozstrzyga Rentgen.

Leczenie wymaga przedewszystkiem przywrócenia prawidłowych stosunków między trzonem a nasadą, bo pozostawienie nasady w ustawieniu nieprawidłowem upośledza sprawność dłoni i palców w stopniu niekiedy bardzo znacznym. Znowuż bowiem pamiętać należy, że w okolicy garstka przebiegają po stronie grzbietowej i dłoniowej liczne ścięgna, zdążające do kiści i palców. Przemieszczenie nasady powoduje zmianę długości tych ścięgien i to przeważnie tak, że prostujące stają się jakby za długie, a zginacze, wskutek wypierania ich przez odłam dośrodkowy, na którym są one napięte jak struny skrzypiec na koziołku, stają się za krótkie. Jeżeli nawet po jakimś dłuższym czasie nastąpi przystosowanie, to jednak nigdy w takim stopniu, aby drobne, a tak ważne, ruchy chwytne palców mogły być wykonywane z tą samą dokładnością i precyzją, co normalnie. Również pozostawie-

nie przemieszczenia promieniowego zaburza czynność; ścięgna bowiem zmuszone są przez to zboczyć niejako ze swej prawidłowej drogi. Odklinowanie więc i zestawienie prawidłowe odłamów jest konieczne i może być zaniechane tylko w przypadkach o minimalnem przemieszczeniu. Przypadki takie zdarzają się, lecz należy w tych razach nie poprzestawać na badaniu jedynie klinicznem, ale bezwzględnie uzupełnić je badaniem rentgenologicznem. I dopiero, jeżeli dobre zdjęcia, w dwóch płaszczyznach wykonane, przekonają nas o braku przemieszczenia, możemy powstrzymać się od odklinowania. W większości jednak przypadków przesunięcie jest wyraźne już klinicznie, często bywa bardzo znaczne i odklinowanie wskutek tego konieczne.

Przed odklinowaniem znieczulamy za pomocą wstrzyknięcia allo lub polokainy wprost do krwiaka. W tym celu po umyciu się dokładnem i wyjałowieniu skóry wbijamy niezagrubą igłę po stronie promieniowogrzbietowej, celując w kierunku szpary między odłamami, co zwykle nie jest rzeczą trudną. Gdy koniec igły jest w miejscu właściwem, cofamy nieco tłok, jeżeli znajdujemy się w krwiaku, do strzykawki z łatwością wciągniemy płynną krew, która wskazuje, że jesteśmy we właściwem miejscu (rys. 3). Wtedy

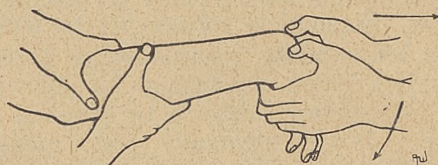


Rys. 3.

wstrzykujemy około 20 cm. 2% rozczynu, co zapewnia nam zupełną bezbolesność dalszych rękoczynów. Jeżeli nie możemy natrafić na krwiak, temniemniej łatwo końcem igły oprzemy się o kość. Możemy wówczas wstrzyknąć podokostnowo nieco mniejszą ilość płynu, a po cofnięciu igły usiłujemy, albo ponownie trafić między odłamy, albo ograniczamy się do obstrzykania okostnej, co jednak nie daje tak dobrego znieczulenia. W przypadkach oderwania wyrostka rylcowatego kości łokciowej musimy go oddzielnie znieczulić, co jest rzeczą łatwą, wobec zupełnie powierzchownego jego położenia. W kilka chwil po wstrzyknięciu znieczulenie jest wystarczające i można przystąpić do odklinowania.

Jeżeli ktoś ma większą wprawę, a chory jest cierpliwy, można obejść się i bez znieczulenia, bo ból odklinowania jest coprawda bardzo dotkliwy, lecz krótkotrwały. W przypadkach później się zgłaszających, o dużym obrzęku, lepiej, albo nie znieczulać wogóle, albo odklinować w odurzeniu eterowem lub chlorkiem etylu.

Samo odklinowanie może być łatwe przy słabem wbiciu się odłamów, jak to często bywa u osób starszych, może jednak wymagać dużej siły. Aby rozluźnić nieco wklinowanie, potrząsamy kilkakrotnie przedramieniem, niekiedy wystarcza to już, aby odłamy odklinowały się. Samo odklinowanie odbywa się w sposób następujący: chirurg chwyta dłoń chorego w ten sposób, że kciuki jego spoczywają na powierzchni grzebietowej odłamu obwodowego, a wskaziciele na powierzchni dłoniowej odłamu dośrodkowego, reszta palców spoczywając na dłoni chorego wzmacnia tylko chwyt. Kończyna górna chorego zgięta i oparta łokciem o stół jest mocno unieruchomiona przez osobę pomagającą, która ujmuje oburęcznie przedramię mniej więcej na granicy średniej i dolnej trzeciej części. Przez pociąganie osiowe i silne zgięcie dłoniowe zwykle bez trudu uzyskujemy odklinowanie odłamów. (rys. 4).



Rys. 4.

Dowodem należytego odklinowania jest łatwa i zupełna przesuwalność dolnego odłama oraz możność wywołania tarcia kostnego. Odklinowanie zwykle nie nastręcza trudności, a u starszych kobiet często bywa tak łatwe, że wystarcza zwiotczałą wskutek odurzenia lub znieczulenia rękę potrząsnąć, aby wystąpiło odklinowanie. Samo odklinowanie jest bardzo bolesne — zapewne nie mniej bolesne od samego złamania, jednak, gdy postępujemy szybko, ból jest tak krótkotrwały, że

osoby wytrzymalsze znoszą go zupełnie dobrze.

Niezwłocznie po odklinowaniu wykonywamy należyte zestawienie odłamów wyrównując przesunięcie grzbietowe (dorsalizację) i promieniowe (radjalizację) przedewszystkiem i dbając, aby oś przedramienia i oś dłoni znowu stanowiły jedną linję prostą. Kontrola rentgenowska lub nawet wprost przeprowadzenie samego zestawienia od początku do końca pod ekranem jest bardzo pożądana. Bezpośrednio po uzyskaniu poprawnego ustawienie odłamów nakładamy szynę grzbietową w sposób następujący:

Przygotowujemy longuettę gipsową sięgającą od główek kości śródręcza aż do górnej trzeciej części przedramienia, co zazwyczaj wynosi około 28 cm. Szerokość szyny gipsowej powinna być dopasowana do szerokości garstka i przedramienia, ale *w żadnym razie szyna nie powinna obejmować więcej niż pół obwodu przedramienia, a tem bardziej przechodzić na powierzchnię dłoniową.* Bezpośrednio przed nałożeniem szyny jeszcze raz kontrolujemy ustawienie, poprawiamy je w razie potrzeby przez pociąganie za palce i ucisk na odłam obwodowy od strony grzbietowej. Kończyna znajduje się w położeniu pośredniem między pro i supinacją — nieznaczna przewaga w kierunku pronacji może być korzystna. Szynę nakładamy bezpośrednio na skórę, czysto wymytą, lecz nie powleczoną tłuszczem. W chwili nakładania gips winien już zastygać, lecz posiadać jednocześnie tyle plastyczności, aby umożliwić dokładne domodelowanie. (Rys. 5). Szynę przymocowujemy do przedra-



Rys. 5.

mienia miękkim bandażem, następnie ustawiamy dłoń w lekkiem zgięciu grzbietowem i w tej pozycji trzymając, a w razie potrzeby i pociągając dłoń oraz uciskając grzbietowo na miejsce złamania, czekamy na zupełne stwardnienie gipsu (Rys. 6). W międzyczasie może osoba pomagająca kilkoma obrotami bandaża przymocować dłoń do części obwodowej szyny. To można wykonać i przedtem wraz z przybandażowaniem szyny, lecz trzeba pamiętać, że przy zginaniu grzbietowem bandaż się napnie i może wywierać niepożądany ucisk na części miękkie dłoni. Dlategoż, o ile postępujemy w ten sposób, bezwzględnie sprawdzić należy przed odejściem chorego, czy bandaż miękki na dłoni nie jest zbyt mocno naciągnięty. Po



Rys. 6.

stwardnieniu gipsu należy przekonać się, czy chory może należycie zginać palce, polecić mu ćwiczenie w ruchach palców i zwijaniu pięści. Kontrola rentgenowska po wyschnięciu gipsu jest ze wszech miar pożądana, jest ona nawet w tym momencie ważniejsza, niż rentgenogram przed odklinowaniem. W razie niedobrego ustawienia odłamów bezwzględnie należy szynę zdjąć i nałożyć ponownie opatrunek podług wyżej wymienionych zasad. Noszenie ręki na temblaku nie jest konieczne, a w każdym razie należy dążyć, aby w drugim tygodniu po nałożeniu opatrunku chory przynajmniej okresowo opuszczał rękę i trzymał ją w pozycji normalnej. Sprawdzić stan rzeczy należy następnego dnia, a później po tygodniu badamy ponownie stan ręki i czynność palców, po dwóch przecinamy bandaż na dłoni i zalecamy ostrożne ruchy w stawie garstkowym, po trzech usuwamy opatrunek zupełnie. W przypadkach bądź cięższych obrażeń, bądź szczególnej wrażliwości chorych dajemy po trzech tygodniach albo skróconą o część dłoniową starą szynę gipsową do zdejmowania przy kąpieli, lub również krótką, domodelowaną szynę z mocnej tektury. Tylko przypadki jednoczesnego złamania kości łódkowej muszą pozostawać w unieruchomieniu zupełnem stawu garstkowego przeciętnie 5 tygodni i więcej.

Jeżeli linja złamania nie biegnie, jak to zwykle bywa, poziomo, lecz przybiera kierunek więcej skośny, lub nawet pionowy, to jednym swym końcem przenika do stawu, zamiast złamania przystawowego

mamy do czynienia ze złamaniem wewnątrzstawowym, rzecz prosta usposobiającym w stopniu daleko większym do ograniczenia ruchów, do powstawania późnych zmian zniekształcających w stawie i t. d.

Z dodatkowych uszkodzeń najczęściej, bo w 57% istnieje zupełne lub częściowe oderwania wyrostka rylcowatego kości łokciowej. Daje się to stwierdzić dość dokładnie i bez rentgenogramu. Z powodu tego dodatkowego uszkodzenia nie zmieniamy ogólnych zasad postępowania. Uszkodzenie to nie odbija się w sposób decydujący na wynikach leczenia. Jeżeli odłam obwodowy kości promieniowej jest należycie ustawiony względem trzonu, to i wyrostek kości łokciowej ustawia się jednocześnie poprawnie.

U dzieci typowe zupełnie złamanie w swej „dorosłej" postaci jest rzadkością. Widujemy tu przeważnie złamania obu kości przedramienia. Właściwy odpowiednik złamania u dorosłych stanowi u dzieci złamanie podokostnowe promienia. Chodzi tu o podokostnowe złamanie poprzeczne trzonu kości promieniowej nieco powyżej nasady, a więc wyżej, aniżeli przebiega linja złamania w złamaniu typowem u dorosłych. Lekkie wklinowanie istnieje zawsze, jak o tem świadczy nieznaczne zgrubienie zarysów kości w miejscu złamania, natomiast brak zupełny zazwyczaj bywa jakiegokolwiek przemieszczenia. Złamania tego rodzaju często pozostają nierozpoznane, a nawet badanie rentgenowskie, jeżeli nie odznaczało się dokładnością i jeżeli nie wykonano zupełnie ostrego zdjęcia może wprowadzić w błąd. Postępowanie nie wymaga najczęściej poprawy ustawienia, ani też odklinowania. Poprzestajemy na szynie grzbietowej na przeciąg 2 tygodni.

Szybszy lub powolniejszy powrót do zdrowia, to jest do zupełnej używalności ręki, zależy przedewszystkiem od pilnego i ciągłego ćwiczenia najpierw palców, potem całej ręki we wszystkich ruchach. Ruchy te, a szczególnie odwracanie, początkowo są bolesne; jeżeli chory pierwszy ból odrazu przezwycięży, to późniejsze używanie ręki już bólu nie sprawia. Jeżeli natomiast czeka on w nadziei, że w okresach późniejszych bolesność będzie mniejsza — (nadzieja ta jest złudzeniem) — i oszczędza rękę, to po czterech tygodniach sprawność ręki nie jest jeszcze zupełna i trzeba czekać jeszcze dwa, trzy tygodnie nim ona całkowicie powróci.

Jeżeli chory nie nosił uporczywie ręki na temblaku, to obrzęków, zasinień i innych zaburzeń krążenia po zdjęciu szyny nie bywa.

Główne zasady postępowania w złamaniach typowych nasady promienia dadzą się ująć, jak następuje: możliwe natychmiastowe odklinowanie i dokładne zestawienie odłamów jest konieczne we wszystkich przypadkach z przesunięciem t. j. w większości typowych złamań. Aczkolwiek można wykonać to bez znieczulenia, jednak znieczulenie miejscowe lub ogólne jest polecenia godne. Szyna gipsowa grzbietowa nałożona bezpośrednio na skórę gwarantuje w sposób wystarczający unieruchomienie odłamów, zezwalając jednocześnie na wczesne ruchy. Pozostawienie powierzchni dłoniowej przedramienia bez ucisku zapobiega obrzękom, oraz występowaniu zmian nerwowych, naczynioruchowych, lub jeszcze cięższych, a poprzednio spostrzeganych zmian w sensie porażenia Volkman'a. Krążenie jest przy tym sposobie unieruchomienia jaknajmniej upośledzone. Krótkotrwałość unieruchomienia — 3 tygodnie — zabezpiecza przed powstaniem uporczywych zesztywnień i zaników mięśniowych. Kontrola rentgenologiczna, pożądana przed rozpoczęciem leczenia, jest wręcz niezbędna po nałożeniu opatrunku. Skrócenie czasu nieużywalności kończyny do minimum oraz zbędność długiego następnego leczenia fizykalnego jest bardzo ważne, tak ze stanowiska jednostki, jak i całego społeczeństwa skraca bowiem ogromnie w porównaniu z innymi metodami niemożność zarobkowania. Nierozpoznanie — w naszych warunkach dość jeszcze częste — typowego złamania kości promieniowej z przesunięciem prowadzi do ciężkiego upośledzenia sprawności kończyny. Uszkodzenia do-

datkowe, zwłaszcza wyrostka rylcowatego kości łokciowej kojarzą się często ze złamaniem typowem nasady promienia, nie wymagają one zmian w postępowaniu. W przypadkach jednoczesnego złamania kości łódkowatej jedyną różnicę w leczeniu stanowi dłuższe unieruchomienie stawu garstkowego.

W przypadkach dość rzadkich o odwrotnym przebiegu linji złamania i z przemieszczeniem dłoniowem odłamu obwodowego — postępujemy tak samo, z tą różnicą, że longuettę umieszczamy nie po stronie wyprostnej, lecz odwrotnie po stronie dłoniowej. W niektórych przypadkach niekiedy może okazać się celowem zmniejszenie tyłozgięcia kiści przy unieruchomieniu, a ustawienie jej w przedłużeniu osi przedramienia. Szyna winna sięgać do podstaw palców i dobrze podpierać dłoń i okolicę nasady.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Zaniedbane zasady leczenia dietetycznego cukrzycy. (Notions negligées de diètétique antidiabétique). L u c i e n D a u t r e b a n d e.

Paris Médical. 1934. N. 29.

Autor przypomina, że odkrycie insuliny i jej korzystne działanie nie powinno usuwać w cień zapomnienia leczenia dietetycznego cukrzycy, której liczne przypadki poprawiają się i zostają nawet wyleczone pod wpływem samej diety. Tolerancja ustroju w stosunku do węglowodanów może się poprawić zupełnie niezależnie od stosowania insuliny tylko pod wpływem równowagi dietetycznej, a nawet w cukrzycach cięższych, gdzie stosowanie insuliny jest konieczne, odpowiednia dieta wpływa, również korzystnie, na wyniki leczenia insuliną.

Z dawnych czasów wiedziano już, że ograniczenie ilości pokarmów wpływa korzystnie na przebieg cukrzycy, zauważono to między innemi gdy zmniejszyła się liczba cukrzycowych chorych w czasie oblężenia Paryża. Zwrócono dalej uwagę, że chorzy cukrzycowi zachowują swą wagę i równowagę azotową, przyjmując mniejszą ilość pokarmów, niż ludzie zdrowi. Później wszystkie diety specyficzne jak dieta owsiankowa, diety, zawierające głównie jarzyny zielone, zawdzięczały swe powodzenie prawdopodobnie nie tyle specyficznemu działaniu diety, ile równocześnie wprowadzonym ograniczeniom pokarmowym.

Leczenie dietetyczne cukrzycy jest ściśle związane z jej patogenezą. Wiedziano oddawna, że na cukrzycę chorują ludzie obdarzeni dobrym apetytem, jedzący dużo. Doświadczenia zwierzęce wykazały, że niemożna wywołać cukrzycy u zdrowego psa nawet utrzymując przez długie miesiące wysoki poziom cukru we krwi. Cukier zjawia się w moczu u psa dopiero wtedy, gdy przy diecie węglowodanowej zostanie usunięta większa część jego trzustki (8/10), a nawet i wtedy, gdy się usunie węglowodany z odżywiania znika cukier z moczu.

Natomiast gdy zwierzę przez dłuższy czas odżywiane jest węglowodanami, to po ich usunięciu stan cukrzycowy się już nie zmienia. U zwierząt więc, którym usunięto większą część trzustki przy nadużywaniu węglowodanów występuje cukrzyca. Jeżeli się usunie 9/10 trzustki, cukrzyca występuje nawet przy odżywianiu tłuszczami. Te dane doświadczenia zostały wyraźnie potwierdzone spostrzeżeniami poczynionemi na ludziach. Stwierdzono bowiem, że im kraj zużywa więcej cukru, tem więcej posiada chorych cukrzycowych. Liczba chorych cukrzycowych wzrosła w Stanach Zjednoczonych w okresie prohibicji alkoholu, w tym samym czasie bowiem wzrosło tam spożycie cukru. Używanie lub nadużywanie cukru może więc spowodować niewystarczalność trzustki, przynajmniej czynnościową. Jednakże nietylko wyłącznie węglowodanowe odżywianie stać się może przyczyną cukrzycy, gdyż w przypadkach, w których zniknął cukier z moczu pod działaniem leczenia dietetycznego wystąpić on może znowu, gdy się powiększy porcję tłuszczów. Ten sam objaw powtórzyć się może gdy u chorego cukrzycowego zwiększy się nie porcję tłuszczów, ale samego tylko białka. Z tych wszystkich licznych spostrzeżeń wynika, że u osób odpowiednio dysponowanych przedewszystkiem nadmiar, ale także i rodzaj pożywienia może być czynnikiem wyzwalającym cukrzycę. Cukrzyca ludzka nie jest tylko następstwem wadliwego wydzielania specyficznego hormonu węglowodanowego, ale jakby osłabieniem wszystkich innych czynności trzustki, a więc także i tych, które stoją w związku z przemianą tłuszczową i białkową. Wynika z tego, że najbardziej racjonalną metodą leczenia cukrzycy jest oszczędzanie wszystkich czynności trzustki, przedewszystkiem przez zmniejszenie ilości pokarmów. Autor twierdzi, że w 90 — 95% przypadków sama dieta zmniejsza cukromocz i obniża poziom cukru we krwi. W przypadkach takich ilość białka konieczna do utrzymania równowagi azotowej może być zmniejszona bardzo znacznie. Równocześnie jednakże ilość doprowadzonych ciepłostek jest najczęściej niewystarczająca dla zaspokojenia potrzeb podstawowej przemiany i dlatego ustrój spala własny tłuszcz i białko. Następstwem tego jest wychudzenie. Aby tego uniknąć wprowadza się do diety oprócz minimum białkowego większe ilości tłuszczów i jeszcze tolerowaną przez ustrój ilość węglowodanów. W ten sposób powstaje jednak zakwaszenie ustroju, które jedni autorzy przypisują tłuszczom, inni zaś tego poglądu nie uznają. W istocie wiadomo jeszcze z badań *Naunyna*, że dla spalenia pewnej ilości tłuszczów konieczne jest spalenie odpowiedniej ilości węglowodanów, w przeciwnym przypadku powstać może zakwaszenie nietylko u człowieka chorego, ale i u zdrowego. In vitro istnieje nawet pewien matematyczny stosunek między ilością spalonych tłuszczów, a ilością zużytych do tego węglowodanów. Wiadomo jest także, że w pewnych warunkach część proteinów, a także i pewne składniki tłuszczów zamienić się mogą w węglowodany i że z aminokwasów powstać mogą kwasy tłuszczowe. Węglowodany użytkowe, czyli całość ciał przeciw ketonowych powstaje przedewszystkiem w 100% stosunku ze spożytych węglowodanów, w 58% z białek i w 10% z tłuszczów. 90% substancji ketonowych powstaje ze spożytych tłuszczów, resztą z pewnej części białek, wynoszącej najwyżej 46% białka spożytego. Zakwaszenie ustroju powstaje wtedy, gdy przez pewien czas stosunek ciał ketonowych do ciał antiketonowych przewyższa 1,5. Największa ilość tłuszczów, jaką chory cukrzycowy może znieść bez zakwaszenia, wyraża się w formie następującej: tłuszcze w gra-

mach = 2 gr. węglowodanów więcej 0.5 gr. białka. Formuła ta oczywiście nie jest absolutną, ale odpowiada warunkom klinicznym z zastrzeżeniem, żeby pokarmy były dobrze strawione i podane w ilości wystarczającej, nie dopuszczającej do wychudzenia, a tem samem i do niedającego się skontrolować endogennego zużycia tkanki. Zaletą tej formuły jest, że pozwala do pewnego stopnia obliczyć ilość tłuszczów, którą chory może znieść w stosunku do jego tolerancji do węglowodanów. Jeżeli tolerancja jest nizka, należy odpowiednio zredukować ilość tłuszczów, odliczając oczywiście cukier niezużyty, wydzielający się z moczem.

Zagadnienie podawania proteinów jest dość złożone; zasadniczo wystarcza ilość białka konieczna do zachowania równowagi azotowej, jest to zresztą ilość niewielka, gdyż chorzy cukrzycowi z nadzwyczajną łatwością przystosowują się do zmniejszonych porcji białka. Dążność do ograniczenia białka tłomaczy się tem. że pewne składniki białek mogą stać się źródłem ciał ketonowych, pozatem wchodzą w grę i specyficzno dynamiczne właściwości ciał białkowych podwyższających przemianę materji. Ponieważ chorzy cukrzycowi i tak cierpią z powodu zaburzeń przemiany materji, należy oszczędzać tę ostatnią, unikając wszelkich czynników drażniących i pobudzających. Stosowana dawniej dieta, zawierająca duże ilości mięsa nieraz pogarszała stan chorych, doprowadzając ich nawet do śpiączki.

Nie wszyscy jednak autorzy godzą się na pogląd, że kwasica cukrzycowa ma swoje źródło w tłuszczach, tak np. *Petren* twierdzi, że jej przyczyną jest przekroczenie w diecie pewnej ilości białek, zresztą zmiennej dla każdego chorego. W szczególności białka zwierzęce posiadają według *Petrena* właściwości wytwarzania ciał kwaśnych. Jednakże według samego *Petrena* nie wszystkie tłuszcze są jednakowo znoszone np. słonina ma być znacznie gorzej znoszona od masła. Jednak *Petren* oznacza stopień zakwaszenia tylko za pomocą określania zasobu zasad, ilości wydzielonego z moczem amoniaku i kwasów.

Według spostrzeżeń autora nie stwierdza się w cukrzycy żadnego stałego stosunku między zasobem zasad, a ilością ciał ketonowych we krwi, między zasobem zasad a kwasami w moczu, wreszcie między zasobem zasad i ketozą z jednej, amoniakiem i kwasotą moczu z drugiej strony. Dieta *Petrena* bogata w tłuszcze, zawierająca mało węglowodanów i białek, obniża poziom cukru we krwi, tem samem oszczędza trzustkę i pozwala jej wypocząć, co zwiększa tolerancję trzustki dla węglowodanów i powiększa istotne zużycie tych ostatnich. Wreszcie samo obniżenie poziomu cukru we krwi może wytłumaczyć powiększenie się zasobu zasad, gdyż różni autorzy wykazali, że niezależnie od kwasicy istnieje stosunek odwrotny między zachowaniem się cukru, a zasadami krwi.

U człowieka zdrowego szybkość przenikania glukozy z przewodu pokarmowego do krwi jest szybsze, niż jego wychwytywanie przez tkanki, tem się tłomaczy podwyższenie poziomu cukru we krwi po spożyciu cukru. Ten stan jest jeszcze bardziej zaznaczony u chorych cukrzycowych, u których i krzywa przecukrzenia pokarmowego jest wyższa i dłuższa.

Ponieważ u chorych cukrzycowych zdolność przyswajania cukru i magazynowanie go w ustroju jest zmniejszona, a wysokość krzywej cukru we krwi zależy od różnicy w szybkości jego wsysania się w jelitach i szybkości jego asymilacji, wynika z tego, że korzystnie działać będą u cukrzycowych wszystkie te czynniki, które opóźniają absorpcję cukru w jelitach. Chorzy powinni więc spożywać węglowodany w małych ilościach i w dużem rozcieńczeniu w innej masie pokarmodzielić okresy przyjmowania pokarmów, by krzywej np. w jarzynach, przyczem należy tak rozwa poziomu cukru we krwi wróciła przed ponownem spożyciem pokarmu do swego stanu prawidłowego. Wreszcie dla wyników leczenia dietetycznego niezmiernie ważne jest unikanie wszelkiego podrażnienia nerwowego i psychicznego; chorzy powinni być także uświadomieni o szkodliwem działaniu nawet lekkich chorób zakaźnych.

Podawanie dwuwęglanu sodu poza okresem śpiączki jest dzisiaj całkowicie słusznie zaniechane. Racjonalne stosowanie jarzyn w diecie zupełnie wystarcza by dostarczyć ustrojowi konieczne ilości zasad, ponadto dwuwęglan sodu powoduje u człowieka zdrowego wytwarzanie ciał ketonowych, zaś u cukrzycowych powiększa się nieraz kwasota moczu po większych dawkach zasad.

Autor z naciskiem podkreśla, że w każdym przypadku cukrzycy powinno się dążyć do usunięcia cukromoczu za pomocą diety. Zachowanie surowej diety ma ponadto na celu ograniczenie do minimum dawki insuliny tam, gdzie nie można uniknąć jej stosowania. W myśl poprzednich wywodów dieta chorych cukrzycowych opiera się na następujących zasadach: 1) obniżenia za pomocą diety poziomu cukru we krwi, 2) utrzymania równowagi między ciałami ketonowemi i antiketonowemi, co wpływa korzystnie i przyczynia się do zmniejszenia kwasicy cukrzycowej, 3) unikania większych ilości produktów białkowych. Uwzględnienie tych czynników poprawia tolerancję ustroju szczególnie pod wpływem diety oszczędnej, przystosowanej do potrzeby chorego.

Rozpoczynając leczenie dietetyczne najlepiej jest postępować w sposób następujący. Chory powinien pozostawać w łóżku. Powoli usuwa się z jego diety poszczególne składniki pokarmowe, a więc w ciągu 1 — 2 dni usuwa się tłuszcze, następnie również w ciągu 1 — 2 dni białka, wreszcie daje się w ciągu dnia w czasie każdego posiłku tylko 200 — 300 gr. zielonych, gotowanych jarzyn (razem 900 gr.) do których się dodaje 30 gr. masła, oprócz tego chory spożywa 400 cm³ kawy i 400 cm³ herbaty. Z jarzyn daje się tylko jarzyny zielone zawierające mało węglowodanów t. j. około 5%. Dieta ta zawiera 27 gr. węglowodanów, 13,5 gr. białka, 25 gramów tłuszczu, razem 387 gr ciepłostek. Po jednym lub dwóch dniach tej diety cukier nagół znika z moczu, równocześnie obniża się krzywa cukru we krwi.

W następstwie powiększa się ostrożnie składniki pokarmowe, zachowując między nimi równowagę, konieczną dla uniknięcia zakwaszenia, uważając równocześnie by ilość białka nie przekraczała 1 gr. na kilo wagi, co u większości chorych całkowicie wystarcza dla utrzymania równowagi azotowej. Powiększanie składników pokarmowych odbywa się w ten sposób, że *drugiego dnia* dodaje się do poprzedniej głodowej diety 2 jajka, *3 dnia dodaje* się jeszcze jedno jajko i 10

gr. śmietany, *4 dnia* dodaje się do poprzedniego jeszcze 10 gr. śmietany, *5 dnia* dodaje się 60 gr. mięsa, przyczem zmniejsza się o 200 — 300 gr. ilość jarzyn, a dodaje się około 250 cm³ lekkiej zupy jarzynowej. *Szóstego dnia* zamiast 60 daje się 90 gr. mięsa i 45 gr. kartofli dieta tego dnia wynosi 637 ciepłostek. *Po sześciu* dniach wstawia się dzień głodowy w którym chory otrzymuje tylko 55 ciepłostek i 600 cm³ kawy. *Ósmy dzień* zawiera znowu więcej, bo 785 ciepłostek, na które się składają: 520 gr. jarzyn zielonych, 60 gr. śmietany, 3 jaja, 60 gr. mięsa, 22 gr. słoniny, 45 gr. kartofli, 400 cm³ kawy i 270 lekkiej zupy jarzynowej. *Dziewiątego dnia* dieta jest znowu nieco bogatsza (939 ciepłostek) do diety dnia poprzedniego dodaje się jeszcze 30 gr. kartofli i 15 gr. masła i 8 gr. słoniny, *dziesiątego dnia* podnosi się jeszcze porcję do 45 gr.; ogólna ilość ciepłostek wynosi tego dnia 1164. *Jedenastego dnia* powtarza się dietę, dnia dziesiątego, ilość kartofli jest tylko trochę mniejsza (52.5 gr.).

Dwunastego dnia podnosi się ilość masła do 90 gr. i dodaje się 90 gr. chleba, ogółem ilość ciepłostek tego dnia dochodzi do 1767. *Trzynastego dnia* ilość masła powiększa się do 135 gr., kartofle powiększa się do 90 gr., chleba się daje tylko 60 gr. Ogółem ilość ciepłostek tego dnia dochodzi do 2034. *Czternastego dnia* dieta ma znowu charakter ograniczony wynosi razem 858 ciepłostek, na które się składa 105 gr. jarzyn zielonych, 60 gr. śmietany, 2 jaja, 30 gr. mięsa, 120 gr. buljonu z jarzyn, 45 gr. kartofli, 30 gr. słoniny, 30 gr. chleba, 15 gr. masła, 500 cm³ kawy.

Dnie *15* i *16* są znowu bogatsze w ciepłostki, które dochodzą do 1743. W tych dniach chorzy otrzymują 405 gr. jarzyn, 60 gr. śmietany, 3 jaja, 60 gr. mięsa, 250 gr. zupy z zielonych jarzyn, 30 gr. słoniny i 90 gr. masła, 500 cm³ kawy, 45 gr. kartofli i 90 gr. chleba. *17 dnia* do poprzedniej diety dodaje się 15 gr. kaszki i 30 gr. masła. *18 dnia* powiększa się tylko porcję kaszki o 15 gr W tym dniu chorzy dostają 2077 ciepłostek. *19 dnia* chorzy dostają prawie tę samą ilość ciepłostek, dodaje się jeszcze tylko 15 gr. kaszki natomiast zmniejsza się porcję masła o 8 gr. *20 dnia* do tej diety dodaje się jeszcze 15 gr. kaszki, ilość ciepłostek wynosi 2139. *21 dnia* powtarza się dietę dnia 14. *22 dnia* powtarza się dietę dnia 20 z tem, że daje się tylko 90 gr. masła, zamiast 112, a kaszki 75 gr. zamiast 60 gr.

Zasadą tej trzytygodniowej diety jest więc powolne podnoszenie części składowych odżywiania w ten sposób by zachować międzv nimi stosunek proporcjonalny, niezbędny, jeżeli się chce uniknąć i nie przekroczyć dawki białka, wynoszącej zasadniczo 1 gr. na kilo wagi chorego. W ciągu 12 — 15 dni tej diety osiąga się liczbę ciepłostek, przekraczającą o 200 — 300 ciepłostek potrzeby podstawowej przemiany materji. Ilość tłuszczów w tej diecie zależy zasadniczo od tolerancji chorego dla węglowodanów. Jeżeli ta tolerancja zostanie przekroczona przed dojściem diety do wysokości ciepłostek koniecznej dla potrzeb podstawowej przemiany materji, powinno się odpowiednio zmniejszyć ilość węglowodanów i tłuszczów.

Po krótszym czy dłuższym czasie ustrój przystosowuje się jednak do zmiennych warunków odżywienia, zmniejszają się procesy przemiany materji i nieraz tolerancja się poprawia, co pozwala znów na rozszerzenie diety. Jeżeli pomimo tej diety zaoszczędzającej, tolerancja się nie poprawia, powiększa się ostrożnie ilość tłuszczów, zwracając baczną uwagę na zjawienie się ciał ketonowych w moczu. Wtedy jest także czas na zastosowanie insuliny, której działanie w połączeniu z dietą powiększyć może tolerancję, na której w tych cięższych przypadkach sama dieta nie miała należytego wpływu.

Jeżeli chory nie znosi szybkiego ograniczenia diety zmniejsza się składniki pokarmowe stopniowo w ten sposób, że pierwszego dnia daje się 165 gr. mleka, 350 gr. zielonych, zawierających 5% węglowodanów, jarzyn, 2 jaja, 75 gr. chudego mięsa, 240 gr. zupy, 60 gr. słoniny, 75 gr. masła, 80 gr. chleba, 45 gr. kaszki owsianej. Dieta ta zawiera 94,25 węglowodanów, 76,3 białka, 130,5 tłuszczów. Ilość ciepłostek wynosi 1856, stosunek wzajemny ciał ketonowych i antiketonowych równa się 1. W następnych dniach zmniejsza się stopniowo ilość wymienionych pokarmów, aż wreszcie *5 dnia* chorzy otrzymują 60 gr mleka, 30 gr. śmietany, 350 gr. zielonych jarzyn, 1 jajo, 30 gr. mięsa, 30 gr. słoniny, 22 gr. masła, 45 gr. chleba, razem 755 ciepłostek. *6 dnia* dostają, 75 gr. śmietany, 400 gr. zielonych jarzyn 1 jajo, 15 gr. masła, 15 gr. chleba, 60 gr. ryby. Ilość ciepłostek wynosi 510. Następnego dnia ilość ciepłostek jest jeszcze mniejsza, bo chorzy dostają ich tylko 300. Składa się na to 60 gr. mleka, 350 gr. jarzyn, i jedno jajo, wreszcie 8 dnia otrzymują chorzy tylko 60 gr. mleka, czyli 38 ciepłostek. W ciągu tej całej ośmiodniowej diety stosunek ciał ketonowych do przeciwketonowych, tak, jak i w omówionej poprzednio diecie równa się jedności, przy stosowaniu ostatniej diety cukier znika z moczu w ciągu drugiego lub trzeciego dnia, tylko w przypadkach bardzo ciężkich by odcukrzyć chorych, dochodzi się do 8, głodowego dnia. Zaleta tych dwóch diet polega na tem, że stosunek ciał ketonowych i przeciwketonowych nie przekracza jedności, co pozwala na ew. powiększenie dawki tłuszczów nieraz konieczne, gdyż dieta ta, stojąc poniżej potrzeb podstawowej przemiany, prowadzi nieraz do zużycia rezerw tłuszczowych i białka ustrojowego. U osób, które dotychczas nie miały ciał ketonowych w moczu po pierwszych dniach opisanej głodowej diety występują nieraz ślady acetonu, prawdopodobnie jako następstwo głodu, natomiast u chorych z kwasicą cukrzycową w miarę zmniejszanie się poziomu cukru krwi znika także z moczu poprzednio obecny aceton.

Dieta od dnia 17 — 21 zawiera mniejwięcej jednakową ilość ciepłostek przy zmiennej ilości węglowodanów, które w ciągu tych 5 dni wahają się od 78 do 117 gr. na dobę, co pozwala ocenić tolerancję badanego. Jeżeli po dojściu do dnia 17, w którym liczba ciepłostek dochodzi do 2000, chory nie wydziela z moczem cukru, utrzymuje go się na tej samej diecie przez pewien czas, później, jeżeli pozostaje w stanie odcukrzonym, podnosi się bardzo ostrożnie węglowodany, aby określić granice tolerancji. Służy do tego dieta 18, 19, 20 i 22 dnia. Przy stosowaniu diety bogatszej ciepłostkowo, dochodzącej do 2000 — 3000 ciepłostek podaje się pierwszego dnia 120 cm³ mleka, 120 śmietany, 450 zielonych jarzyn, 3 jaja, 60 gr chudego mięsa, 240 gr. zupy jarzynowej, 67,5 gr. masła, 60 gr. słoniny, 75 gr. chle-

ba 30 gr. sera. *Drugiego dnia* zmniejsza się w tej diecie mleka do 30 cm³, dodaje się 15 gr. mięsa, 15 gr. masła, i 30 gr. kartofli, liczba ciepłostek wynosi 2112. *Trzeciego dnia* mięso i masło podnosi się do 90 gr. dodaje się jeszcze 15 gr. kartofli. *Czwartego dnia* daje się znowu przy diecie dnia poprzedniego 120 cm³ mleka i dodaje się jeszcze 15 gr. śmietany. *5 dnia* zamiast 90 daje się 97,5 gr. masła. *6 dnia* powiększa się ilość masła do 105 gr., chleba daje się tylko 67,5 gr. natomiast dodaje się 15 gr. kaszki owsianej. *7 dnia* powiększa się słoninę i masło do 75 gr., liczba ciepłostek wynosi 2614. *8 dnia* masło powiększa się do 112 gr., chleb się zmniejsza do 67,5, i daje się 22,5 kaszki owsianej, i dodaje się jeszcze 15 gr. sera; liczba ciepłostek wynosi 2723. *9 dnia* daje się tylko 2 jaja, zmniejsza się mięso do 75 gr., masło się jeszcze powiększa do 120 gr., daje się 60 gr. ryby i 30 gr. kaszki, liczba ciepłostek wynosi 2816. *10 dnia i następnych 5 dni* daje się 120 cm³ mleka, 135 gr. śmietany, 390 gr. zielonych jarzyn, 2 jaja, 75 gr. chudego mięsa, 240 gr. zupy jarzynowej, 75 gr. słoniny, 120 gr. masła, 60 gr. kartofli, 45 gr. sera, 60 gr. ryby. W tej diecie ostatnich dni zmieniają się tylko chleb owsiany, którego się daje 10 dnia 67,5 gr. 11 dnia 60 gr., 12 dnia 67,5 gr. 13 dnia 45 gr. 14 dnia 82,5 gr. oraz kaszka owsiana, której 10 dnia daje się 37,5 gr. następnych dni 45 gr. 9 dnia dodaje się do tej diety łyżkę oliwy, od 9 do 14 dnia ilość oliwy wzrasta codzień o pół łyżki dochodząc do 3,5 łyżek, dnia 14, w którym liczba ciepłostek wynosi 3301.

Ostatnio opisana ciepłostkowo bogata dieta wskazana jest szczególnie dla tych chorych, których przemiana materji wymaga tej liczby ciepłostek dla utrzymania stałej wagi ciała. Ta sama wysoka liczba ciepłostek może być wskazana dla chorych, których przemiana materji nie jest wprawdzie tak żywą, ale którzy prowadzą ruchliwy tryb życia. Ciepłostkowo bogatą dietę można połączyć z leczeniem insulinowem przyczem 10 jednostek insuliny pozwala na dodanie 200 — 300 ciepłostek. Oczywiście, że wskazane pokarmy powinny być rozdzielone na poszczególne posiłki spożywane w ciągu dnia, jeżeli się jednak stosuje insulinę należy zalecić choremu by główna część węglowodanów była spożyta przy posiłku przed którym wstrzykuje się insulinę. Cechą charakterystyczną ostatnio podanej bogatszej ciepłostkowo diety jest znowu wzajemny stosunek ciał przeciwketonowych i ketonowych, które się mają do siebie, jak 1 : 1,5.

Nagół stan ogólny chorych poprawia się tak dalece, iż mogą chodzić i zaprawiać się stopniowo do wysiłku fizycznego, oczywiście pod stałą kontrolą moczu i przy odżywianiu przystosowanem do wysiłku tak, by chorzy ani ulegali wychudzeniu, ani też nie przybierali na wadze. Raz w tygodniu jednak powinien chory w ciągu 24 godzin pozostać w łóżku przy diecie ograniczonej wynoszącej około 800 — 900 ciepłostek (dzień 14 pierwszego schematu diety).

Autor podaje w końcu tablice produktów, które można podawać zamiast 60 gr. mięsa i owoców, które chorzy mogą spożywać zamiast określonych ilości kartofli.

Autor zaznacza, że odkrycie insuliny nie wyjaśniło genezy cukrzycy, nie wiadomo nawet dotychczas w jaki sposób działa insulina, czy na samą glukozę lub też na zdolność magazynowania glikogenu przez wątrobę, na właściwości glikolityczne tkanek, na zmianę natury cukru krążącego, etc.

Wielką zasługą insuliny było, iż spowodowała ona nowy prąd badawczy w dziedzinie cukrzycy, w żadnym razie jednak odkrycie insuliny nie powinno doprowadzić do zaniedbania podstaw fizjologicznego odżywiania chorych na cukrzycę.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Leczenie odoskrzelowego zapalenia płuc w pierwszych latach życia. P. Nobécourt. (Traitement des broncho-pneumonies aiguïs des petits enfants).

La patologie infantile. 1934 Nr. 12.

Duża liczba środków stosowanych przy leczeniu zrazikowego zapalenia płuc u dzieci wskazuje, że żaden z nich nie posiada działania bezwzględnie pewnego. Niektóre tylko z tych środków są mniej lub bardziej celowe. Autor na pierwszym miejscu stawia ogólną pielęgnację, stosowanie tlenu i wody w postaci ciepłych kąpieli i zwykłych wilgotnych okładów tułowia, rzadziej okładów gorczycznych.

Ze środków pomocniczych autor za celowe uważa stosowanie leków skrzepiających, a przedewszystkiem olejku kamforowego w mieszaninie z eterem w postaci wstrzykiwań domięśniowych. W przypadkach, w których stwierdza się rozlane wysiękowe objawy w płucach, sinicę, drobne i bardzo przyśpieszone tętno, wskazane są środki nasercowe, a mianowicie naparstnica, a szczególnie ouabaina.

Naparstnicę podaje autor w postaci nalewki (tin. digitalis), lub rozczynu 1/1000 digitaline'y Nativelle, w ciągu 4 — 5 dni z rzędu.

Dawkowanie tych leków jest następujące: (pro die)

wiek	tin. digital.	digitaline
0 — 1 mies.	5 gtt.	1 gtt.
2 — 7 mies.	10 gtt.	2 gtt.
8 mies. — 5 lat	20 gtt.	3 gtt.

Ouabaina jest szczególnie wskazaną w postaciach zapalenia płuc, przebiegających z dużym odczynem wysiękowym (przekrwienie i obrzęk) grożącym asfiksją. Autor stwierdził dobre wyniki przy stosowaniu ouabainy w przypadkach obrzęku płuc w odrze.

Niemowlęta znoszą ten środek dobrze. Jednak ze względu na jego toksyczność wskazaną jest ostrożność w dawkowaniu.

Nagół podaje się ouabainę dożylnie lub domięśniowo w postaci gotowego rozczynu zawierającego w 1 cm³. — ¼ milligrama ouabainy.

Ponieważ środek ten szybko wydala się z ustroju można powtarzać wstrzykiwania 2 do 3-ch razy na dobę.

Dawkowanie dla dzieci jest następujące:

Wiek	dawka rozczynu	dawka ouabainy
0 — 1 mies.	0,1 cm^3	= 0,025 milligrm.
2 — 7 mies.	0,2 cm^3	= 0,050 millig. (0,00005)
8 mies.—5 lat	0,3 cm^3	= 0,075 miligr. (0,000075)

Dawkę powtarza się w ciągu 3 — 4 dni.

Leczenie t. zw. przyczynowe obejmuje środki chemiczne i biologiczne. Ze środków chemicznych autor wymienia chininę, metale kolloidalne, eukalyptol, kreozot. Ten ostatni można podawać w postaci rozczynu w oliwie (10%) podskórnie lub w postaci zawiesiny w mleku, w lawatywie (po 5 — 15 kropli na dawkę). Przy stosowaniu tych środków autor nie widział wyników godnych uwagi.

Leki biologiczne obejmują surowice i szczepionki. Nie negując zupełnie znaczenia surowic (pneumokokowych), autor odnosi się dosyć sceptycznie do ich działania.

Co się tyczy szczepionek, to stosowano różne mieszanki bakteryjne, zawierające pneumokoki, paciorkowce, gronkowce, enterokoki, las. coli, Pfeiffer'a i pyocyaneus. Zdania autorów co do skuteczności leczenia szczepionkami są podzielone. Opierając się na własnych spostrzeżeniach i spostrzeżeniach swych współpracowników autor wątpi w ich znaczenie lecznicze. Zwolennicy leczenia zrazikowego zapalenia płuc u dzieci szczepionkami sami po pewnym czasie wyrzekali się tego sposobu leczenia.

Jerzy Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie operacyjne zapalenia trzustki (Traitement chirurgical des pancréatites) — temat programowy Zjazdu lekarzy francuskich w Kanadzie w sierpniu 1934 r. **B r o c q, Varanquet, B é r a r d i M a l l e t — G u y. (ref. H u b e r).**

Paris Méd. Nr. 46, listopad 1934 r.

I. L e c z e n i e o p e r a c y j n e o s t r e g o z a p a l e n i a t r z u s t k i. Leczenie przyczynowe powinno mieć na celu: usunięcie czynników, aktywujących sok trzustkowy, wstrzymanie procesu samotrawienia trzustki i zwalczanie wstrząsu, będącego tego procesu następstwem. Uczynnienie soku trzustkowego bywa następstwem przedostania się do wnętrza przewodów trzustki wydzieliny dwunastnicy, żółci, następstwem urazu, wycięcia częściowego trzustki i t. p. Większość przypadków ostrego zapalenia trzustki jest powikłaniem różnych schorzeń dróg żółciowych. Objawy kliniczne są wywołane zatruciem ustroju przez produkty przemiany białkowej, które nie zostają zobojętnione przez niewydolną wątrobę, niedomogą trzustki i wstrząsem nerwowym. Objawom klinicznym towarzyszą następujące zaburzenia w składzie płynów tkankowych: spadek zawartości chlorków we krwi, wzrost zawartości we krwi tłuszczów, cholesteryny i cukru, hyperleukocytoza.

Niema zasadniczej różnicy między leczeniem ostrego zapalenia jałowego trzustki (samotrawienia), a leczeniem zapalenia ropnego czy też zgorzelinowego (zakaźnego). I tu i tam będzie ono polegało na sączkowaniu ogniska zapalnego, usunięciu przyczyny zapalenia trzustki (leżącej zwykle w drogach żółciowych) i zwalczaniu wstrząsu i ogólnego zatrucia. Sączkuje się ognisko w trzustce — najdogodniej poprzez więzadło żołądkowo-okrężnicowe. W razie stwierdzenia rozszerzenia pęcherza żółciowego — należy wytworzyć przetokę pęcherzową. Spadek zawartości chlorków i nadmierny wzrost zawartości cukru we krwi zwalcza się podawaniem dożylnem stężonych roztworów chlorku sodu i wstrzykiwaniem insuliny. W celu zmniejszenia produkcji soku trzustkowego — wstrzymuje się zupełnie doustne podawanie pokarmów, płócze się żołądek roztworem zasadowym i wstrzykuje się pepton, atropinę.

Śmiertelność wśród chorych operowanych wynosi 30 — 50%. Rokowanie w przypadkach ropnego zapalenia trzustki (a zwłaszcza — w ropniach ograniczonych) jest stosunkowo lepsze, niż w przypadkach zapalenia jałowego (krwotocznego). Z powikłań pooperacyjnych należy wymienić: krwotok loco operationis, cukrzyca — jako następstwo zupełnego zniszczenia trzustki przez proces trawienny, powstanie ropnia podprzeponowego i ogólne zapalenie otrzewnej (w przypadkach zakaźnego zapalenia trzustki). Ograniczone ropnie trzustki mogą się opróżniać samoistnie do narządów sąsiednich — żołądka, kiszki.

II. L e c z e n i e o p e r a c y j n e p r z e w l e k ł e g o z a p a l e n i a m a r s k o ś c i t r z u s t k i. Referenci pomijają tutaj przypadki wtórnego zapalenia przewlekłego trzustki, wikłającego kamicę trzustkową, torbiel, raka trzustki i t. p.

W etjologji przewlekłego zapalenia trzustki (pierwotnego) ogromnę rolę grają zapalenia zakaźne przewodów żółciowych! droga, jednak, oddziaływania tego zakażenia na powstanie i rozwój marskości trzustki — nie została dotychczas wyjaśniona.

Z objawów klinicznych na pierwszy plan wysuwają się: bóle i żółtaczka — objawy te, jednak, nie są charakterystyczne dla przewlekłego zapalenia trzustki (żółtaczka bywa uwarunkowana przez zaciśnięcie końcowego odcinka przewodu żółciowego wspólnego w zbliznowaciałej trzustce). Rozpoznanie różniczkowe między marskością a rakiem trzustki przedstawia naogół bardzo duże trudności, nawet w czasie operacji.

Leczenie operacyjne przewlekłego zapalenia trzustki ma, jak dotychczas, przeważnie charakter doświadczalny — nie wyszło jeszcze z okresu prób. W przypadkach, przebiegających z żółtaczką, operacja polega bądź to na wytworzeniu przetoki żółciowej — cholecystostomia, choledochostomia, bądź też na zespoleniu pęcherza żółciowego z żołądkiem lub dwunastnicą (ewent. na zespoleniu przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą).

Operacje te dają koło 70% wyleczenia lub znacznej poprawy. Co się tyczy zabiegów na samej trzustce, to próbowano jej nacięcia i sączkowania (w celu odbarczenia przewodu Wirsunga) — z wynikami różnemi (otrzymano w szeregu przypadków złagodzenie bólów).

Uwagi w sprawie leczenia raka policzka (A propos des cancers de la joue). Théodoresco i Hofer.

La Presse Méd. Nr. 101, grudzień 1934 r.

Wśród nowotworów złośliwych jamy ustnej rak policzka występuje w 5,7% wszystkich przypadków. Odznacza się on szybkim i złośliwym przebiegiem i niepomyślnemi naogół, wynikami leczenia. W etjologji grają rolę: leucoplasia buccalis i lupus faciei. Punktem wyjścia raka bywa najczęściej śluzówka jamy ustnej, znacznie rzadziej — skóra policzka lub tkanka, zawarta między skórą a śluzówką policzka. Drobnowidzowo — jest to rak płaskokomórkowy (perlak) lub podstawno-komórkowy.

Ze wszystkich metod leczniczych, stosunkowo najlepsze wyniki daje leczenie operacyjne, które polega na wycięciu guza w zdrowych tkankach, wyłuszczeniu okolicznych gruczołów chłonnych, wycięciu — w razie przejścia nowotworu na kość — części żuchwy i pokryciu powstałego ubytku przy pomocy plastyki. Cały ten zabieg wykonuje się jednakowo, w uśpieniu awertynowem z dodatkiem znieczulenia przewodowego nerwu trójdzielnego i gałązek splotu szyjnego. Ubytek w skórze i śluzówce pokrywa się płatami uszypułowanemi, wziętemi z szyi lub z bocznych części głowy.

Wynik operacji zależy w dużym stopniu od wczesnego jej wykonania (we wczesnym okresie choroby).

Śmiertelność pooperacyjna wynosi koło 4% (zapalenie płuc, róża przyranna, ogólne zakażenie). Nawrót raka po upływie przeciętnie 6 — 8 miesięcy spostrzegano w 43%; wyleczenie, to jest brak nawrotu do końca okresu spostrzegania operowanych chorych — stwierdzono w 47%.

Z późnych powikłań pooperacyjnych (poza nawrotami) wymienić należy: przykurczenia szczęk wskutek zbliznowacenia przeszczepionego płatu skórnego i wtórne samoistne złamania żuchwy w przypadkach jej częściowego wycięcia.

Jeśli zestawić następujące liczby: po operacji — wyleczenie kliniczne osiągnięto w 40%, po leczeniu naświetlaniami radowemi i rentgenowskiemi — tylko w 8%, to jasnem jest, że za metodę leczniczą z wyboru w raku policzka należy uważać możliwie wcześnie wykonaną, doszczętną operację.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

W sprawie niewątpliwego istnienia kilku rozmaitych czynników w prolanie; obecność prolanu B, wobec nieobecności prolanu A w surowicy kobiety z zaśniadem groniastym. (Sur l'existance certaine de plusieurs principes distincts dans le prolan; présence de prolan B en l'absence de prolan — A dans le sérum d'une femme atteinte d'une môle hydatiforme). Brindeau A., H. Hurglais i M. Hinglais.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 23, str. 342, r. 1934.

Autorzy udowodnili w szeregu doświadczeń, że surowica obserwowanej przez nich chorej z zaśniadem groniastym zawierała jedynie prolan B; reakcja zaś odpowiadająca prolanowi A wypadła ujemnie. W ten sposób jednak reagowały jedynie samce i królice wagi 2 kg., natomiast samiczki niedojrzałe nie reagowały wogóle na podawane próbki surowicy.

Autorzy objaśniają to spostrzeżenie tem, że niedojrzałe narządy płciowe żeńskie wymagają najpierw przygotowawczego działania prolanu A, bez którego nie występuje zupełnie działanie prolanu B.

26 przypadków położniczych znieczulanych za pomocą „evipan-natrium" w zakładzie położniczym Port-Royal (26 anesthésies obstétricales par l'évipan sodique à la maternité de Port-Royal). Le Lorier i M. Mayer.

Bull. Soc. Obstétr. Paris T. 23, str. 389, 1934 r.

26 operacji położniczych przeprowadzono w uśpieniu ewipanowem (evipan-natrium), a mianowicie 16 razy kleszcze, 1 — obrót, 3 razy — szycie krocza, i 4 razy — ręczne wydobycie łożyska z dobrym wynikiem.

Za przeciwwskazanie autor uważa stan ogólnego wyczerpania, wiek ponad 35 lat, nadciśnienie i podciśnienie (hyper.- i hypotonia). Co do techniki, to autor podkreśla z naciskiem konieczność jak najpowolniejszego wstrzykiwania ewipanu, oraz pilnej obserwacji odruchów, aby w ten sposób uzyskać zasadniczo indywidualizowane dawkowanie preparatu.

Z piśmiennictwa francuskiego autor przytacza 3 przypadki śmierci w związku z uśpieniem ewipanowem: 1) — wrzód dwunastnicy z przebiciem, 2) mięsak — laparotomia próbna, 3) hydrocoele u 60-ioletniego chorego z niedomogą wątroby i nerek.

Rozpoznanie raka sutka. (Diagnostic du cancer du sein). Moulonguet — Doléris.

La Gynécologie R. 33, Nr. VI. 1934 r., str. 325.

Wczesne rozpoznanie raka sutka jest zasadniczym warunkiem skuteczności jego leczenia. Niestety we wczesnych okresach rak sutka prawie nie różni się od szeregu schorzeń dobrotliwych, co czyni rozpoznanie różniczkowe bardzo trudnem.

Rak sutka w okresach początkowych jest guzem twardym, niewyraźnie odgraniczonym od otoczenia, niekiedy przyrośniętym do skóry (sfałdować skórę!), niekiedy przyrośniętym do brodawki sutkowej (pociągnąć za sutek!), w gruczołach pachowych występuje jednocześnie charakterystyczna reakcja gruczołowa.

Podobne cechy wykazuje schorzenie dobrotliwe cystosteatonecrosis tłuszczu sutka, które jest zazwyczaj skutkiem urazu sutka. Anatomicznie schorzenie to przypomina plamy ze świecy.

Wskazówką rozpoznawczą bywa też niewielki ślad po wylewie krwawym nad guzem, jako pozostałość po urazie; a ponadto powierzchowność zmian chorobowych przemawia za owemi zmianami tłuszczowemi.

Przewlekłe zapalenie sutka daje guz duży, twardy, przestrzeni do skóry, dochodzący do brodużej przestrzeni do skóry, dochodzący do brodawki sutkowej. Reakcja gruczołowa jest zawsze

wybitna. Rozpoznaniu dopomóc tu może wiadomość o przebytym kiedyś ropniu piersi, i ścisłe połączenie brodawki z guzem, nasuwające myśl na zakażenie idące wzdłuż przewodów gruczołów. Ponadto bywa tu niekiedy ból uciskowy, oraz zmiany gruczołów pachowych przypominają raczej zmiany zapalne, jak nowotworowe.

Torbiel sutka uderza swoją wielkością niewspółmierną z objawami. Bywa ona zazwyczaj późno zauważona, co jest również charakterystyczne dla tego schorzenia.

Jest to najtwardszy guz ze znanych w sutku, bardzo ograniczony w ruchomości naskutek tego, że otaczają go zraziki gruczołu mlecznego w stanie przerostu. W przypadkach tych nakłucie guza daje niekiedy pewne rozpoznanie.

O tajemniczem schorzeniu zwanem l'engorgement mammaire autor mówi krótko, że jeśli nie cofa się ono szybko pod leczeniem jodem i uciskiem, to podejrzewać raka i wykonać wycinek rozpoznawczy.

Choroba Reclus odróżnia się od raka swoją mnogością guzów. Nie wyłącza to jednak współistnienia raka, o czem zawsze pamiętać trzeba. Wiadomo dalej, że choroba Reclus nie rozwija się w okresie przekwitania, co winno dopomóc do rozpoznania różniczkowego.

Jeśli chodzi o postacie wrzodziejące raka sutka to zazwyczaj występują one w bardzo późnym okresie schorzenia. Jedynie choroba *Paget'a* należy do szczęśliwych wyjątków, gdyż jest znakiem ostrzegawczym i to dość wczesnym, aby jeszcze mieć nadzieję na wynik dodatni leczenia. Wiadomo mianowicie, że choroba Paget'a współistnieje zawsze z rakiem przewodów mlecznych i gruczołu mlecznego piersi.

Krwawa wydzielina z piersi bynajmniej nie jest pewnym objawem raka sutka: występuje ona również w schorzeniach dobrotliwych.

Postać gruczołowa raka wygląda najbardziej dobrotliwie, naskutek swej ruchomości. Gruczolak dobrotliwy nie rozwija się nigdy po okresie przekwitania. Wreszcie postać chłonna upodabnia się najbardziej do stanów zapalnych sutka, a rokowanie ma jaknajgorsze. Występuje przy niej zaczerwienienie i podniesienie miejscowe temperatury miejsca schorzałego.

Wymieniając jeszcze kilka schorzeń, które mogą być brane pod uwagę w rozpoznaniu różniczkowem, autor zaznacza z naciskiem, że jedynie wycinek próbny i badanie mikroskopowe dać może niewątpliwe rozpoznanie i że zawsze organizować należy zabieg w ten sposób, aby w czasie operacji przeprowadzić badanie preparatu zamrożonego i natychmiast bądź radykalnie usunąć sutek, bądź ograniczyć się tylko do zachowawczego usunięcia dobrotliwego guzka.

Ciężkie wymioty ciężarnych. Rozważania nad rokowaniem i leczeniem. (Les vomissements graves de la gestation. Considerations sur leur pronostic et leur traitement). B r o c h i e r A.

Journ. Méd. Lyon. Nr. 358, grudzień 1934 r. str. 793.

Wymioty ciężarnych, doprowadzające do niemożności zupełnej przyjmowania pokarmów, do głębokich objawów zatrucia, z zajęciem większości szlachetnych organów miąższowych, — a wreszcie do śmierci — są chorobą nie posiadającą dotychczas ścisłego obrazu klinicznego. Nie posiadamy dotychczas żadnego pewnego objawu na zasadzie którego moglibyśmy przewidzieć, czy w danym przypadku wymioty miną bez śladu, czy też doprowadzą do zejścia śmiertelnego, względnie zmuszą do przerwania ciąży dla ratowania życia ciężarnej.

Cechą ciężkich wymiotów ciężarnych jest niemożność odżywiania, gdyż każdy pokarm zostaje natychmiast wydalony przez odruch wymiotny i powoduje to z biegiem czasu wstręt do pokarmów, i brak apetytu.

Następną cechą ciężkiej hyperemesis gravidarum jest wychudzenie, stwierdzone zapomocą częstego ważenia osoby badanej.

Wreszcie ważnym objawem jest obecność acetonu w moczu, bez którego to objawu nie można rozpoznać ciężkich wymiotów ciężarnych.

Przy rokowaniu w omawianem schorzeniu należy pamiętać, że dla jego postawienia konieczne jest stwierdzenie jednoczesne kilku wymienionych poniżej objawów.

1) Brak poprawy pomimo dobrego i starannego leczenia.

2) Spadek wagi ciała stały, przyczem chora traci dziennie około 500 — 600 gr.

Torbiel jajnika a ciąża. (Kyste de l'ovaire et gestation). L y o n n e t R.

Journ. Médec. Lyon Nr. 358, r. 1934 str. 805.

W rozpatrywaniu znaczenia guzów narządu rodnego dla przebiegu porodu rozgranicza się zazwyczaj zdecydowane znaczenie mięśniaków macicy od znaczenia torbieli jajnika. Panuje mianowicie ogólnie pogląd, że mięśniak nawet usadowiony stosunkowo nisko może przy wzroście macicy ciężarnej i naskutek rozwoju dolnego odcinka unieść się ku górze, co zatem idzie nie stanowi przeszkody porodowej.

Natomiast torbiele jajnika raz umieszczone w obrębie miednicy małej pozostają tu aż do chwili porodu, tworząc przeszkodę porodową.

Wydobycie się samoistne jest możliwie jedynie pod warunkiem zupełnej ruchomości guza oraz istnienia dość krótkiej i mocnej szypuły, co nie zdarza się często (według statystyki *Puech'a* i *Vanverts'a* na 1117 przypadków zaledwie w 10-ciu).

Pogląd powyższy wytworzył w lecznictwie daleko idący sceptycyzm w stosunku do prób odprowadzania guzów umiejscowionych w miednicy małej w czasie ciąży lub porodu. *Jeannin* zezwala na próby odprowadzania guzów tylko za pomocą ułożenia w położeniu zwisłem *Trendelenburga,* wszelkie zaś próby forsownego odprowadzenia uważa za niebezpieczne.

Ze sprawą powyższą łączy się kwestja nakłuwania torbieli przez tylne sklepienie pochwy, stosowane dawniej w czasie porodu, o ile guzy te stanowiły przeszkodę porodową. Postępowanie to dawało według statystyki *Treub'a* 15% śmiertelności matek i 13% — dzieci.

Zrozumiałem się zatem staje stanowisko nowoczesne zalecające w początku ciąży usuwanie operacyjne guzów jajnika z pozostawieniem cią-

ży, a w końcu ciąży wyczekiwanie, z gotowością do zabiegu, oraz w czasie porodu rozwiązanie rodzącej od góry z usunięciem jednoczesnem guza. W artykule niniejszym autor przedstawia przypadek, stanowiący wyjątek od poprzednio przedstawianych prawideł, a mianowicie przypadek samoistnego wysunięcia się guza jajnika z miednicy małej ku górze i to dopiero na 2 tygodnie przed porodem.

Przypadek powyższy wzbudza w autorze następującą refleksję lecznicza: jeśli natura może w pewnych przypadkach samoistnie dokonać wydobycia torbieli jajnikowej z miednicy małej ku górze, to czy nie należałoby w każdym przypadku istnienia takiego guza sprobować, przed zdecydowaniem się na zabieg brzuszny, odprowadzić ową torbiel ku górze z miednicy małej. Nie wyłącza to, oczywista, konieczności operacyjnego usunięcia torbieli jajnika, wykonanego w pierwszej połowie ciąży, odprowadzenie zaś zachować należy jedynie dla drugiej połowy ciąży i to jej końca, kiedy nieustalanie się główki z jednoczesnem istnieniem guza w miednicy małej, każe rozpoznać możliwość przeszkody porodowej. Obowiązuje oczywista daleko idąca ostrożność w czasie odprowadzenia guza.

Studium nad dwudziestu czterema laty stosowania cięcia cesarskiego w dolnym odcinku. (Étude sur vingt-quatre années de césarienne basse conservatrice). Ginglinger Albert i S. Tassovatz.

Gynéc. et obste'tr. T. 30. str. 15, r. 1934.

Studjum krytyczno-statystyczne, z którego należy zwrócić uwagę na następujące najważniejsze rzeczy.

Na 28736 porodów wykonano 359 cięć cesarskich w dolnym odcinku. Omówieniu podlega 346 przypadków. Zmarło 15 matek: 6 na zapalenie otrzewnej, 2 na septicemję, 1 na peritonitis z zakażeniem ogólnem. Dzieci urodziło się martwo 23 (6 przy łożysku przodującym, 11 przy zwężeniu miednicy).

Chorobowość połogu miała miejsce w 71 przypadkach (8 razy ropienie rany, 21 razy zapalenie żył, 25 razy powikłanie płucne, 13 razy zapalenie w miednicy małej).

W 4 przyp. stwierdzono uszkodzenie pęcherza.

7 razy wykonano cięcie trzykrotnie, 51 raz — dwukrotnie cięcia cesarskie. W połowie operacji powtórnych nie stwierdzono żadnych śladów poprzedniej operacji.

Technika: nieznacznie zmodyfikowana według *Veita i Kröninga.* Znieczulenie ostatnio prawie wyłącznie lędźwiowe.

Wskazania: zwężenie miednicy w 268 przyp., nieprawidłowości bólów porodowych w 18 przyp., łożysko przodujące — w 32 przyp., wypadnięcie pępowiny w 10 przyp. Pozostałe wskazania w 23 przyp.

Leczenie ostrych stanów zapalnych promieniami Roentgena. (Roentgenthérapie des inflammations aiguës). Liberson M.

Rev. d' Actinol. T. 10, str. 185, r. 1934.

Zbiorowy referat autora ma na celu zwrócenie uwagi ogółu lekarzy na cenne wyniki leczenie promieniami Roentgena ostrych stanów zapalnych. Zupełna bezbolesność, możność leczenia ambulatoryjnego, kosmetyczna blizna po ewentualnym nakłuciu, lub nacięciu, ropnia, oraz brak konieczności specjalnego wyboru co do rodzaju zapalenia — oto wszelkie zalety omawianego leczenia.

Mechanizm działania promieni Roentgena jest jeszcze sprawą sporną: jedni wysuwają na plan pierwszy ogólne działanie promieni, podnosząc wzrost bakterjobójczego działania krwi, dalej zwracają uwagę na znaczenie obumierania dużej ilości leukocytów, wytwarzanie się przeciwciał, pobudzanie układu siateczkowo - śródbłonkowego, działanie na krążącą krew i wpływu oswobodzonych ciał białkowych.

Inni autorzy podnoszą przedewszystkiem działanie miejscowe, jak to bezpośrednie działanie bakterjobójcze, fagocytozę, działanie na krążenie miejscowe, i rozkład białka.

Zazwyczaj leczenie promieniami Roentgena sprzyja wytworzeniu się ropy i wymaga następowego leczenia operacyjnego. Stany zapalne narządu rodnego kobiety stanowią jedno z wdzięcznych wskazań do leczenia promieniami Roentgena, oczywista z użyciem małych dawek.

Prowadzenie porodu. (skuteczność i nieszkodliwość niektórych zabiegów, mających na celu kierowanie postępem porodu). (L'accouchement dirigé (efficacité et innocuité de certains procédés destinés à diriger la marche du travail). Vorzon J. i H. Pigeaud.

Gynéc. et Obstétr. T. 30, str. 113, r. 1934.

Kurczliwość macicy zależy od kurczliwości odpowiednio dojrzałych włókien mięsnych, od współczulnego układu nerwowego i od dodatkowego raczej działania ośrodków nerwowych w rdzeniu. Autor przypomina, że przedwczesne przebicie pęcherza płodowego przyśpiesza poród; przebicie to nastąpić może w przypadkach prawidłowych już przy rozwarciu na dziesięciozłotówkę.

Środki przeciwskurczowe są na miejscu jedynie przy wyraźnym obkurczeniu dolnego odcinka.

Przetwory tylnego płata przysadki mózgowej są nieszkodliwe w dawkach nie przekraczających 2 jednostki międzynarodowe i to tak w I, jak drugim okresie porodu. — Oto wspomniane przez autora w tytule zabiegi godne zalecenia w kierowaniu porodem.

Czy istnieje we krwi rodzącej swoiste ciało pobudzające skurcze macicy? (Existe-t-il une substance ocytocique spécifique dans le sang de la femme en travail?) Donnet V.

Autor odpowiada na postawione w tytule pytanie przecząco na zasadzie badań nad kurczliwością wyosobnionego mięśnia macicy świnki morskiej, poddanej działaniu odwłóknionej krwi rodzących, mężczyzn, starszych kobiet. — W badaniach swych, wbrew wynikom *J. Fontes'a*, którego metodą się posługiwał, nie zauważył żadnej różnicy w reakcji mięśnia z macicy świnki morskiej na wymienione wyżej surowice.

Przetaczanie krwi w niektórych schorzeniach ginekologicznych. (La transfusion sanguine dans certaines affections gynécologiques). Serdukoff M. G. i M. K. Leviskaia.

Gynéc. Obstétr. T. 30, str. 139. 1934.

Autor jest stronnikiem szerszego niż dotychczas stosowania przetaczania krwi w ginekologji. W Rosji stosuje się dwukrotnie częściej przetaczanie pośrednie krwi z cytrynianem od przetaczania bezpośredniego. Krew z cytrynianem można przechowywać przez 22 dni; niebezpieczeństwo zakażenia wysuwane przez niektórych autorów jest niewielkie. Natomiast przetaczanie bezpośrednie jest jakby przeszczepianiem żywej tkanki zdrowej organizmowi choremu. *Ashby* stwierdził, że czerwone krwinki krwi przetoczonej żyją w organiźmie biorcy jeszcze około 100 dni.

Działanie przetoczonej krwi polega nietylko na wypełnieniu naczyń krwionośnych biorcy, ale także na działaniu odżywczem, pobudzającem serce i szpik kostny, na zwiększeniu krzepliwości oraz poprawie i wyregulowaniu ogólnej przemiany materji. Przypadki shock'u obserwowane niekiedy odnieść należy bądź na rachunek błędu technicznego, bądź — reakcji toksycznej na białe krwinki dawcy, bądź wreszcie uważać należy za shock surowiczo-białkowy.

Wskazania do przetaczania krwi przedstawiają się jak następuje: 1) ostra lub przewlekła niedokrwistość, 2) przypadki wymagające zatamowania upływu krwi (po za uszkodzeniami naczyń), 3) ropne zapalenie przydatków, 4) złe gojenie się ran brzusznych i pochwowych, 5) kacheksja przy nowotworach złośliwych, 6) podniesienie stanu ogólnego przed operacją, 7) lub po operacji.

Autor opisuje dokładnie swoje spostrzeżenia w 10-ciu przypadkach, w których wykonał przetaczanie krwi. Przelano od 250 — 350 cm^3 krwi, raz do trzech razy. W obrazie krwi stwierdzono spadek liczby białych ciałek, z jednoczesnym spadkiem komórek neutrofilowych w przeważnej liczbie przypadków. Podnosił się natomiast poziom hemoglobiny oraz liczba czerwonych krwinek.

We wnioskach ogólnych autor stwierdza, że przetaczanie krwi odpowiada w zupełności stawianym mu wymaganiom według wymienionych wyżej wskazań, wobec czego jest godne gorącego zalecenia w terapji ginekologicznej.

Przyczynek do leczenia energją promienną nowotworów typu seminoma. (Contribution à la radiothérapie des séminomes). Gilliard A.

Rev. méd. Suisse rom. T. 54. str. 808, r. 1934.

Autor omawia na wstępie histologję seminoma, nowotworu jajnika o typie komórek przypominających jądrowe i zaznacza, że pod względem klinicznym brak dla tego nowotworu cech rozpoznawczych; decyduje dopiero obraz mikroskopowy. Przerzuty idą drogą naczyń chłonnych, to też na gruczoły chłonne zwracać należy szczególną uwagę.

Seminoma jądra jest szczególnie złośliwa; jakkolwiek reaguje bardzo żywo na pierwsze naświetlanie, później powraca bardzo szybko i wówczas już nie daje się wyleczyć. Natomiast seminoma jajnika daje nieco lepsze rokowanie, gdyż w swym materjale autor spostrzegał 2 przypadki, które żyją jeszcze po 10 latach; natomiast z 17 przyp. seminoma testis żyje zaledwie dwuch chorych.

Uwagi kliniczne o raku trzonu macicy u kobiety w wieku podeszłym. (Considérations cliniques sur le cancer du col utérin chez la femme agée). Villars i R. Labry[1]).

Paris Médical Nr. 50. 15.XII. r. 1934.

Treścią artykułu jest omówienie cylindrycznego raka nabłonkowego gruczołowego macicy, jaki typowo objawia się u kobiety w wieku podeszłym po menopauzie, częstokroć w lat 10 lub 15. Szematycznie podzielić można objawy chorobowe na trzy rodzaje: 1) krwawienia, 2) bóle, 3) wskazówki otrzymane dotykiem i badaniem.

I. Krwawienie jest główną cechą dolegliwości śluzówki macicy. Zjawia się ono bądź gwałtownie, bądź wskutek zaburzeń urazowych. Lecz te wyraźne krwotoki po menopauzie nie są częste i autor zwraca uwagę na te nieznaczne „plamienie krwawe", które łączy się z białemi upławami o nieprzyjemnej woni. Zjawiają się one u chorej spontanicznie. Te nieznaczne sączenia posiadają pierwszorzędną wartość semiotyczną. Natomiast białe upławy, które często łączą się z krwawieniami, mogą pochodzić ze zmian zapalnych i mogą utworzyć stan przygotowawczy dla formowania się nowotworu. Połączenie tego stanu zapalnego przy jednoczesnem tworzeniu się nowotworu przedstawia się klinicznie jak zwykle białe upławy, wylewy krwawe lub ropne, stały wyciek ropny, bardzo cuchnący, które to objawy mogą w błąd wprowadzić. Najbardziej charakterystyczną cechą jest zjawienie się u kobiety starszej niewiadomego pochodzenia krwotoków ropnych, wywołujący świąd, wydających wstrętny odór, mających wygląd rudawy w połączeniu z krwawieniem.

II. Co się tyczy bólów przy raku macicy to autor uważa, że są one cechą raczej przypadkową i zupełnie nie odgrywają tak pierwszorzędnej roli, jaka była im przypisywana.

III. Jeżeli wspomniane objawy doprowadzą do szukania porady u ginekologa, to badanie ginekologiczne może napotkać duże trudności, czy to z powodu zaniku sklepień i szyjki, czy z powodu nadmiernej otyłości. W klasycznej formie rak macicy przedstawia się w formie kulkowatej, trochę elastyczny, nieco oporny. Macica może być dużą i małą lub nawet zdeformowaną. A zatem dla metody dedukcyjnej, ważnem jest stwierdzenie niezmienionej lub niewyczuwalnej szyjki i brak zmian w przymaciczach. Badanie we wziernikach, badanie śródmaciczne nie przedstawia wielkiego znaczenia i dlatego należy uciec się do próbnego skrobania, które chociaż jest przez niektórych autorów uważane za niebezpieczne, ze względu na kruchość ściany macicy i niebezpieczeństwo zakażenia, jest zupełnie bezpiecznym zabiegiem a zato daje cenne wskazówki. Należy je

---

[1]) Jak z treści wynika, mowa tu o raku trzonu macicy, a nie szyjki (du col), o której mowa w tytule, prawdopodobnie naskutek omyłki drukarskiej — przyp. referenta.

wykonać po rozszerzeniu do Nr. 9 Hegara i ostrożnie. Autor podaje, że nigdy nie widział śmierci po tym zabiegu, który w przypadkach macicy włóknistej, krwotoków pochodzenia hypertonicznego, zwykłego zapalenia starczego macicy pozwolił uniknąć ciężkiej operacji.

Badanie lipjodolem nie daje wskazówek ścisłych, natomiast stwarza niebezpieczeństwo wepchnięcia do jajowodów cząstek septycznych.

Zakażenie przy raku może przybrać formy: 1) bądź ropniaka macicy, 2) bądź ropniaka jajowodu zlokalizowanego w rogu macicznym, 3) bądź nawet zapalenie otrzewnej miednicowej.

Przebieg jego jest powolny, choć autor podaje dwa przypadki o przebiegu szczególnie złośliwym. Jeden przypadek dotyczył raka, który przedziurawił macicę i esicę, drugi, kiedy po pozornem wyleczeniu ropniaka macicy wystąpiły objawy przerzutów do sieci i wątroby.

Czasami zdarzają się postacie przypominające polipy włókniste, wychodzące z szyjki. Należą do rzadkości przerzuty do pochwy. Te wszystkie formy wyjaśniają zdaniem autora możliwość omyłek djagnostycznych. Leczenie winno być wyłącznie chirurgiczne. Jedynie przypadki nienadające się do operacji należy leczyć energją promienistą.

Co do operacji pochwowej, to ta wskutek kruchości macicy i zmienionych warunków anatomicznych (zanik sklepień, szyjki, niemożności dokładnego uchwycenia macicy), możliwość rozdarcia macicy, jest przeciwskazaną. Przeciwskazaniem ogólnem są: ascites, zajęcie miednicy, charłactwo.

Śmiertelność pooperacyjna wynosi około 10%; ilość wyleczeń po 5 latach waha się od 50% do 60%.

Rak trzonu macicy. (Le cancer du corps utérin). L e c l e r c G.

Presse Méd. Nr. 49, r. 1934, str. 993.

Autor zastanawia się nad rozstrzygnięciem kwestji próbnej skrobanki w rakach trzonu macicy. Sprawa ta wywołała wiele dyskusji. Jeżeli chodzi o raka trzonu macicy to należy podzielić przypadki odpowiednie na zdarzające się przed i po przekwitaniu. Rozpoznanie przed i podczas menopauzy jest trudne, ponieważ krwotoki maciczne przy nieobecności raka powstają z przyczyn niezmiernie rozmaitych. Wtedy właśnie konieczność skrobania próbnego jest bezsporną. Natomiast wśród przypadków krwawień zdarzających się po przekwitaniu raki są znacznie częstsze. Autor z ogólnej liczby 44 widział ich 40. Temniemniej, autor żąda przed wycięciem macicy próbnej skrobanki, gdyż w 13 przypadkach po wycięciu macicy nie znaleziono raka, jakkolwiek go podejrzewano. W związku z tem autor zastanawia się nad różnemi sposobami badań wnętrza macicy, jak to palcem (po rozszerzeniu do Nr. 20 *Hegara)*, prześwietleniem macicy (hysteroskopja), hysterografją, zgłębnikowaniem i dochodzi do wniosku, że wszystkie te zabiegi nie prowadzą do celu. Z kolei przechodzi do omówienia ujemnych i dodatnich cech próbnej skrobanki. Stroną ujemną tego zabiegu jest ewentualne przeniesienie infekcji z macicy już zakażonej do przymacicza, do otrzewnej, niebezpieczeństwo perforacji lub rozsiania nowotworu. Niebezpieczeństw tych można uniknąć, stosując dobrą technikę zabiegu. Natomiast wartość jego, zwłaszcza w przypadkach wątpliwych, jest olbrzymia.

Leczenie polega na operacyjnem usunięciu macicy. Leczenie radem wskazane jest tylko w przypadkach nie nadających się do zabiegu. Śmiertelność pooperacyjna wynosi około 10%. Wyniki ostateczne wahają się około 50% zupełnego wyleczenia lub, co jest równoznaczne, — braku nawrotu po 5 latach.

Co do wskazań operacyjnych, to na zasadzie wyników każdy rak trzonu macicy winien być operowany. Rad powinien być stosowany tylko wtedy, gdy ogólny stan jest bardzo ciężki, niedopuszczający jakiejkolwiek operacji.

Z metod operacyjnych dla pacjentek więcej odpornych należy wybrać drogę brzuszną. Dla innych zaś, zależnie od warunków lokalnych, drogą pochwową.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przyczynek do patogenezy wysypek po bromie. (Contribution a l'étude de bromides végétantes). J. S p i l l m a n n, J. W a t r i n.

Annales de Dermat. et de Syphil Nr. 9. 1934.

U dziecka 6 ciomiesięcznego istniały od 3 miesięcy wykwity typowe dla zmian guzowatych po bromie, głównie na twarzy i kończynach górnych. Dziecko było żywione wyłącznie piersią matki, która cierpi od dzieciństwa na ataki epileptyczne i która okresowo pobiera różne leki bromowe. Ostatnio pobierała środki o nieznanym składzie reklamowane jako „zupełnie nieszkodliwe przeciw epileptyczne".

Zmiany histologiczne odpowiadały przewlekłym wykwitom ropnym (drobne ropnie wśród tkankowe). Podobne spostrzega się w wielu innych schorzeniach skórnych jak, pemphigus veget. syphil. veget. pyoderm. veget. i t. p. Z wielu teorji dotyczących patogenezy guzowatych zmian po bromie, najsłuszniejszą wydaje się uczuleniowa. Uczulenie na związki bromowe może się rozwinąć już w czasie życia płodowego a utrzymuje się długo po zaprzestaniu podawania bromu.

Rokowanie dobre w razie odstawienia bromu. Przypadki zejścia śmiertelnego tak, jak to opisał *Bruno Bloch* (thrombosis sinus transversi — embolia art. pulmon. sin) są rzadkiemi wyjątkami.

Autorzy potępiają nieuczciwy sposób reklamowania leków przeciwepileptycznych, jako zupełnie nieszkodliwych i brak dostatecznej kontroli nad ich sprzedażą.

W sprawie „kiły tropikalnej". (L'orientation du problème de la syphilis exotique en 1934). A. S é z a r y.

Annales de Dermat. et de Syphil Nr. 9. 1934.

Jak wykazały ostatnie ankiety kiła w krajach tropikalnych Afryki i w dzisiejszych czasach daje znikomy odsetek schorzeń paraluetycznych. Jako wytłumaczenie tego zjawisko wysuwano szereg

teorji jak niskiego poziomu intellektualnego u tubylców, braku alkoholizmu, wczesnego nabywania kiły, dermotropizmu szczepu, przebytej malarji, alergji skóry i t. p. Wszystkie te teorje nie wytrzymują krytyki autora.

Przyczyną odmiennego przebiegu klinicznego kiły w Europie i w krajach egzotycznych, jest zdaniem autora naturalna ewolucja kliniki kiły poprzez liczne wieki, wywołana leczeniem schorzenia, leczeniem częściej niedostatecznym niż wystarczającym. Autor zastrzega się, że nie jest w żadnym razie przeciwnikiem leczenia, gdyż wyniki leczenia należy oceniać nietylko z punktu widzenia dobra jednostki, lecz ze względu na dobro ogółu.

A więc lecznictwo (chemiczne) kiły, najczęściej niedostateczne, uczyniło ją neurotropową.

Lecznictwo to dotarło do krajów egzotycznych znacznie później, a w dodatku napotkało w pewnych kolicach czynnik przeciwneurotropowy, jakim jest malarja.

O równoczesnem stosowaniu leków w lecznictwie kiły. (Les associations médicamenteuses dans le traitement de la syphilis). A. G a l l i o t.

Paris Médic 1934 Nr. 47.

W krótkim doniesieniu autor wykazuje konieczność stosowania w lecznictwie kiły równocześnie z lekami specyficznemi (rtęć, arsen, bizmut i jod) leków innych już to ułatwiających przyswojenie specyficznych, już to przeciwwstrząsowych, już to wspierających czynność wątroby i nerek, organów narażonych w pierwszym rzędzie na uszkodzenie przez arsen, bizmut i t. d.

Jako hepato — tonicum poleca przedewszystkiem wyciągi gruczołowe, zwłaszcza wątrobowe.

Jako wspierające czynność nerek poleca leki zwiększające wydzielanie. Czynnikiem sprzyjającym leczeniu specyficznemu jest równoczesny spokojny tryb życia, unikanie zmęczenia i brak zatrucia innemi czynnikami (alkohol, nikotyna, przewód pokarm.). Bardzo korzystny wpływ na leczenie kiły wywiera poddanie chorego w przerwach pomiędzy kuracjami specyficznemu leczeniu zdrojowiskowemu zwłaszcza w Vichy.

Grzybica strzygąca skóry w następstwie szczepienia krowianką. (Trichophytie cutanée par vaccination antivariolique). E. G r e g o r i o.

Annales de Dermat. et de Syphil. Nr. 9, 1934.

Spostrzeżenia dotyczą 23 przypadków,w których po zaszczepieniu krowianki rozwijały się na skórze ramienia już to w miejscu skaryfikacji, już to w najbliższem otoczeniu tego miejsca, typowe wykwity grzybicy, rumieniowo złuszczające lub rumieniowo pęcherzykowe.

Wykwity były pojedyncze lub mnogie.

Z wykwitów wyhodowano trichophyton faviforme discoides. Wszyscy chorzy szczepieni byli w jednym miesiącu, nie wszyscy jednak szczepieni zapadli na grzybicę skóry.

Sposób przygotowania krowianki nie wyklucza obecności wyżej wymienionego żywego grzyba w niektórych tubach krowianki Grzyb ten pasorzytuje na skórze bydlęcej i widocznie zanieczyszczał krowiankę w nieznacznym stopniu, czem tłómaczy się fakt, że nie wszyscy szczepieni z jednej i tej samej tuby zakażeni zostali grzybicą.

Obecność niewidzialnego czynnika gruźliczego w krwi chorego od 10-ciu lat na przyłuszczycę. (Présence de l'ultra - virus tuberculeux dans le sang d'un malade atteint depuis 10 ans de parapsoriasis. Guérison presque complète par le vaccin de Vaudremer et les sels d'or). P. R a v a u t, H. R a b e a u.

La Presse Médic. 1934 Nr. 41.

Opierając się na spostrzeżeniach klinicznych i histologicznych pierwszy *Civatte* podejrzewał gruźlicę o udział w etjologji przyłuszczycy. Na poparcie ten teorji inni autorzy przytaczali potem dodatnie próby tuberkulinowe i dobre wyniki po leczeniu złotem. W przypadku autora przez kolejne przeszczepianie świnek udało się po 9-ciu miesiącach wykazać obecność niewidzialnego czynnika gruźliczego w krwi chorego na parapsoriasis en plaques. Za łącznością tego schorzenia z gruźlicą (szczególnie z ultra virus) przemawiały ponadto: budowa histologiczna wykwitów, odczyny miejscowe po wstrzyknięciu szczepionki V. i dobre wyniki lecznicze po zastosowaniu złota.

Skórne i nerwowe objawy zatrucia u kierujących motorami Diesel'a. (Troubles toxiques cutanes et nervaux chez les conducteurs de moteurs Diesel). M. L a i g n e l - L a v a s t i n e, A. F. L i b e r.

Presse Médic. 1934 Nr. 81.

U prowadzących wózki ciągnione motorami *Diesel'a* spostrzega się zespół chorobowy, na który składają się: a) wykwity skórne typu zapalnych przymieszkowych, umiarowych w otoczeniu pach, pachwin, na brzuchu, udach i pośladkach i b) zaburzenia nerwowe, głównie zawroty głowy, nudności, wymioty, uczucia bicia serca, utrata przytomności. Zespół ten wywołany jest przez produkty spalania ciężkiej oliwy, wyrzucane z motoru w ten sposób, że konduktor znajdując się w kabinie nie może uniknąć ani zetknięcia z niemi, ani ich wchłaniania. Prowadzący motory zużywające oliwy lżejsze i porą letnią, kiedy okna kabiny są otwarte mniej cierpią lub wcale nie ulegają schorzeniu. Zmiany skórne są dobrotliwe i krótkotrwałe, przypominają wykwity spotykane u nafciarzy. Należy jedynie pamiętać, że usposabiają one do powstania nabłoniaków (cancerigène) i to w większym stopniu wykwity po ciężkich oliwach, jak po innych podobnych substancjach.

Zaburzenia nerwowe wywołane są wodorotlenkiem lub tlenkiem węgla i dotychczas nie są dostatecznie zbadane, aby można było powiedzieć, czy zatrucie to jest w stanie wywołać trwałe zmiany w układzie nerwowym. Zespół ten stanowi poważne zagadnienie dla działu schorzeń zawodowych i bezpieczeństwa pracy. Motory *Diesel'a* obciążone bywają niekiedy do 35 ton. a posuwają się z szybkością 70 km na godzinę.

Nie powinna pozostać bez echa możliwość nagłej utraty przytomności konduktora prowadzącego motor.

Zapobieganie powinno iść w kierunku stworzenia lepszej wentylacji kabiny.

Rola odporności „przez skórę" w przebiegu i w lecznictwie kiły. (Le Rôle des immunisations par la peau dans l'evolution et le traitement de la syphilis). H. . G o u g e r o t.

Bruxelles Médic. 1934 Nr. 45.

Spostrzeżenia 8-miu przypadków kiły i równoczesnych schorzeń przewlekłych skóry (wyprysk, łuszczyca i t. d.) potwierdzają zapatrywanie autora dotyczące roli skóry w powstaniu odporności kiłowej.

Dobroczynny wpływ osutki kiłowej na dalszy przebieg zakażenia, podobny wpływ posalwarsanowego zapalenia skóry, wybitnie dermotrop. przebieg kiły egzotycznej, korzystny wpływ naświetlań skóry, wszystkie te zjawiska przemawiają zatem, że skóra odgrywa bardzo ważną rolę w przebiegu kiły.

Zamiast jednak biernie oczekiwać zjawienia się osutki kiłowej, aby osiągnąć krótkotrwałą odporność, ale równocześnie uczynić chorego bardzo niebezpiecznym dla otoczenia, zamiast narażać go na niekiedy bardzo niebezpieczne zapalenie skóry posalwarsanowe, byłoby korzystniej wywoływać u kiłowych pojawienie się nieszkodliwych a przewlekłych zmian skórnych, już to sposobem chemicznym (wcierania siarki, terpentyny lub szaruchy) już to fizycznym (ciepło, promienie pozafjołk).

Lecznictwo kiły nie powinno polegać jedynie na dostarczeniu choremu organizmowi odpowiedniej ilości leków chemicznych, lecz powinno uwzględniać warunki podłoża, dbać o prawidłową czynność wszystkich organów (opoterapja) a przez wywoływanie zmian w skórze starać się u wszystkich kiłowych i w każdym okresie zakażenia poprawiać ogólną odporność i starać się uczynić zakażenie dermotrop. Własne spostrzeżenia, w których od czasu pojawienia się zmian skórnych kiła przebiegała dobrotliwie, potwierdzają słuszność powyższych wskazań.

Rumień guzowaty, a pęcherzykowe zapalenie spojówek. (Erythème noueau et conjonctivite phlycténulaire). N o b é c o u r t, P. D u c a s.

La Presse Médic. 1934 Nr. 62.

Występowanie schorzeń w przebiegu rumienia guzowatego znane jest od dawna. Obok banalnych zapaleń spojówek spotyka się zmiany dwojakiego typu: jedne głębokie, długotrwałe, prowadzące nawet do zapalenia twardówki, inne powierzchowne rogówkowe na źrenicy tworzące pęcherzyki (phlyctena), ustępujące równocześnie z wykwitami rumienia guzowatego. Taki właśnie zespół przytacza autor w swojej pracy.

Zmiany na spojówkach są identyczne z rozpoznawanemi jako skrofuliczne, niektórzy uważają je za rzeczywiste zmiany gruźlicze, inni za dowód istnienia skazy limfatycznej lub za wykwity typowe dla alergji gruźliczej.

Zespołowi powyższemu towarzysza często dodatnie wyniki prób tuberkulinowych, rodzinne obciążenie w kierunku gruźlicy, zmiany w płucach lub w gruczołach wnękowych. Te same argumenty przytaczane bywają również na poparcie gruźliczej etjologji rumienia guzowatego, schorzenia, które według teorji *Formary* występuje wtedy, kiedy organizm znajduje się w stanie hyperalergji skóry. Ta hyperalergja jest najczęściej gruźlicza a to zdarza się w przypadkach świeżego zakażenia gruźlicą.

Rok w lecznictwie skórno-kiłowem. (L'année thérapeutique en dermato-syphiligraphie). G e o r g e s B a s c h.

Bulletin Général de Therap. 1934 Nr. 2.

Krytyczne zestawienie zdobyczy ostatnich lat w dermatologji wykazuje konieczność jaknajwcześniejszego leczenia k i ł y s k ó r n o-ś l u z o w k o w e j i to przedewszystkiem z równoczesnem stosowaniem pochodnych arsenu i bizmutu. Nowa pochodna rtęci, rozpuszczalna w lipoidach okazała swą wyższość nad innemi lekami rtęciowemi nie dorównuje jednak ani arsenobenzolom ani połączeniom bizmutu. Należy ten nowy lek rtęciowy stosować albo w połączeniu z arsenobenzolem lub tam, gdzie leczenie nie musi być bardzo energiczne. Spostrzeżenia kliniczne wykazują korzyści wprowadzania nietylko licznych odmian jednego i tego samego rodzaju leku, ale również duże korzyści z wprowadzenia leków innej grupy. Taką nową grupę stanowią preparaty złotowe (Solganal B). Usiłowania wprowadzenia leczenia gorączkowego w przypadkach k i ł y I I nie dały zadawalających wyników a przytem stosowanie tego leczenia w warunkach przychodni okazało się bardzo niewygodne. Leczenie s c h o r z e ń p a r a l u e t y c z n y c h daje tem lepsze wyniki im wcześniej zostało podjęte. Łatwo wobec tego zrozumieć, jak ważnem jest wczesne wytropienie kiły układu nerwowego. W tej dziedzinie należycie spełniać może zadanie nakłucie podpotylicowe, które, jak przewiduje autor, przyjmie się wśród syfilidologów w szerokim zakresie. Leczenie gorączkowe kiły układu nerwowego powinno być według *Ravaut* o ile możności zapobiegawcze, a więc wczesne, energiczne, regularne, początkowo banalne (pyretoterapja chemiczna, szczepionki) potem malarja.

Z p o w i k ł a ń w przebiegu l e c z e n i a k i ł y spostrzegano purpura postarsenobenzol, zmiany stawowe po sulfarsenolu i po bivatolu. Niepożądane następstwa zbyt długiego leczenia kiły wykazują *Sézary* i *Lenégre* w swoich spostrzeżeniach dotyczących czynności nerek u 60-ciu kiłowych. Wynika z tego konieczność energicznego leczenia w początkowych okresach zakażenia i pozostawienie chorego później bez leczenia, o ile badanie kliniczne i serologiczne nie wykazuje obecności kiły.

Ł u s z c z y c a nie zdobyła w ostatnich czasach pewniejszego leku od dawnych (psothanol, enesol). Nowe środki są w wynikach daleko mniej pewne, a ponadto narażają chorego na niepożądane powikłania ogólne (erytrodermia pozłotowa) lub miejscowe (szczepionki). Leczenie wyciągami z łusek daje wyniki bardzo niestałe.

Szeroko przyjęła się teorja t. zw. wtórnych schorzeń, będących wyrazem a l e r g j i s k ó r y w przebiegu schorzenia o ściśle określonej etjologji np. trichophytidy w przebiegu grzybicy. *Ravaut* do tej samej grupy schorzeń zalicza parakeratotyczne łuszczycowate zmiany, dalej ecze-

matidy i uważa je za schorzenia zależne od innego schorzenia, czy to bakteryjnego, czy to zapalnego, czy to od schorzenia narządów wewnętrznych. Teorja ta jest jeszcze jednym więcej apelem do uwzględniania w lecznictwie warunków podłoża, do stosowania leków odczulających (podsiarczyn sodowy — autohemoterapja).

Świąd odbytu i sromu leczy z dobrym wynikiem *H. Vignes* miejscowemi wstrzykiwaniami podwójnego chlorowodoru chininy i mocznika. Podobnie *Tzanck* używa novocainy zmieszanej z krwią chorego. Wychodząc z założenia, że dobre wyniki lecznicze w tych razach zależą nie od chemicznego zadziałania stosowanych środków lecz od mechanicznego rozciągania tkanki, niektórzy stosują wstrzykiwania krwi własnej lub soli fizjol. Ogólny świąd tylko na krótki okres czasu ustępuje po nakłuciu lędźwiowym (*Margarot, Plagnol*), po leczeniu wyciągami śledziony spostrzegano dobre wyniki w przeszło połowie ilości przypadków.

Schorzenie Nicolas-Favre'a leczy się z dobrym wynikiem salicylanem sodu. Nowoczesne sposoby leczenia twardziny skóry (sclerodermia) polegają na stosowaniu wyciągów gruczołowych (hémocrinotherapie) a w razie hypercalcemji (ponad 0.105) na wycięciu gruczołów przytarczyczych.

Z grupy polekowych zmian skór opisywano wrzodziejące po zużyciu dużych ilości preparatów barbiturowych (gardenal, rutonal). Zmiany takie spostrzegą się najczęściej u usiłujących pozbawić się życia powyższemi środkami.

Rola rtęci w lecznictwie kiły. (Quelle place donner au mercure dans le traitement de la syphilis?) R. J. Weissenbach, G .Basch.

Przegląd leków rtęciowych, ich dawkowanie i sposoby stosowania.

Z chwilą wprowadzenia arsenobenzolu i bizmutu do lecznictwa kiły, rtęć zeszła na trzeci plan. Pomimo to istnieją do dzisiaj szczególne wskazania do stosowania rtęci a takiemi są: kiła wątroby, (naprzemian z innemi lekami zwłaszcza z bizmutem), kiła nerek, gdyż wtenczas rtęć działa także jako środek moczopędny, kiła ucha (stosować wytrwale przez czas dłuższy) a przedewszystkiem kiła narządu wzroku i układu nerwowego. Kalomel ma prawie wyłączne zastosowanie w bardzo uporczywych kiłowych zmianach języka i w wiądzie rdzenia.

Ponadto stosuje się rtęć w leczeniu zapobiegawczem kiły wrodzonej (u rodziców przed poczęciem) u ciężarnych i w przypadkach kiły wrodzonej. *Przeciwwskazania* do stosowania kiły stanowią: gingivitis, pyorrhoea, zły stan uzębienia wogóle, wszystkie zmiany nerkowe, nawet kiłowe są przeciwwskazaniem do stosowania preparatów nierozpuszczalnych, gdyż te mogą się magazynować. Przy stanach znacznej niedokrwistości i zmęczenia, przy biegunkach rtęć jest również przeciwwskazana.

Powikłania znamienne dla niektórych tylko połączeń rtęci mogą nieświadomego zniechęcić do danego leku. I tak: po zastosowaniu cyanku rtęci może wystąpić bezpośrednio bezdech, bladość. Uniknąć można tych niepożądanych objawów przez bardzo powolne wstrzykiwanie. Ten sam lek wywołuje niekiedy biegunki (dysenteria mercurialis). Podobne objawy wywołuje także kalomel.

Z powikłań wspólnych wszystkim lekom rtęciowym najważniejsze są: stomatitis mercurialis, rumienie toksyczne, powikłania nerkowe, wyjątkowo zaburzenia ze strony wątroby, wkońcu często przez lekarzy zlekceważona, lub położona na karb infekcji przypadkowej t. zw. grypa rtęciowa z podwyższeniem ciepłoty ogólnej, z uczuciem zmęczenia i rozbicia. Leczenie rtęcią wymaga równoczesnego stosowania leków pobudzających (arsen, fosfor, glycero-phosphat). Siarka i jej pochodne sprzyjają wydalaniu rtęci.

Powikłania miejscowe stanowi cała gama zmian począwszy od najbłahszych jak krwiaki, do najcięższych, jakiemi są myositis sclerosa lub zgorzele.

Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

Dr. med. Jerzy Lypa. Phytoterapja. Warszawa, 1933, 181 str.

Niewątpliwie zaznacza się coraz to więcej powrót do posługiwania się środkami leczniczemi pochodzenia roślinnego, może jako odruch obronny przed zalewem środków syntetycznych, zwiększającym się z dnia na dzień. O ile w teorji niejeden lekarz chętnie może i szerzej posługiwałby się ziołolecznictwem, jednak tego nie jest w stanie uczynić, dla braku wprost wprawy w dobieraniu i przepisywaniu odpowiednich środków i mieszanek. Z tego względu książeczka Dra Lypy powinna znaleźć szerokie rozpowszechnienie, bo ułatwia ona początkującemu phytoterapeucie stawianie pierwszych kroków. O jej właściwej ocenie może pisać tylko wytrawny znawca przedmiotu — mamy wrażenie z przedmowy Prof. Jana Muszyńskiego, że i taka wysoce fachowa ocena wypadłaby zadowalająco. Z najważniejszych działów książki wyliczyć należy: spis najczęściej używanych środków roślinnych i następnie zbiór recept uszeregowany podług chorób. Dodatkowo znajdujemy jeszcze przepisy i recepty Kneippa, Biegańskiego i lu-

dowych zielników. Wszędzie figurują nazwy łacińskie, brak polskich utrudnia zorjentowanie się lekarzowi nie specjaliście, jakie np. zioła pacjent jego zażywa za poradą czyjąś, jeżeli nie przedłożą mu recepty łacińskiej. Może w następnym wydaniu możnaby było brak ten usunąć.

F. Sternon. Quelques aspects de l'art pharmaceutique et du medicament à travers les ages. Masson et Cie. Paris 235 str. Cena 15 fr. fr.

Myliłby się czytelnik sądząc, że autor istotnie daje mu tylko skrót historji lecznictwa. W niewielkiej tej książeczce, z wybitnym talentem napisanej, znajdziemy o wiele więcej, bo odzwierciadlenie rozwoju ludzkości wogóle, jej zapatrywań, filozofji, religji, nauki, socjologji, o wszystko to bowiem potrąca autor, nie zapominając, rzecz prosta, o głównym swym temacie. Ścisły związek lecznictwa z leczeniem, a więc i z lekarzem, sprawia, że i historja medycyny znajduje swe dosadne odbicie — wszystko to razem czyni, że lektura tej małej i tak taniej książki jest prawdziwą rozkoszą i zapładnia umysł nowemi i cennemi myślami. Bardzo gładki, potoczysty styl, umiejętność w kilku wyrazach oddania głównego sensu rzeczy, wielkie oczytanie autora sprawia, że czytamy powyższe dziełko jednym tchem. Jako wypoczynek po pracy i po ciężkiej zwykle fachowej lekturze trzeba wziąć w ręce historję farmaceutyki Sternona, ażeby uzyskać przyjemny wypoczynek, a jednocześnie nie sprzeniewierzyć się medycynie.

M. Chiray, G. Lardenois, J. Baumann. Les colites chroniques. Masson et Cie. Paris. 430 str. Cena 65 fr. fr.

Trudno powiedzieć, komu najwięcej polecić można przeczytanie tej sporej i zupełnie nowoczesnej monografji schorzeń jelita grubego — interniście, chirurgowi, czy lekarzowi-praktykowi.

Nieodzowna dla pierwszego, bardzo pożyteczna dla drugiego, tem niemniej przeto jest ona cenna i dla trzeciego. Może dla niego trochę za obszerna, zawiera jednak tyle cennego materjału, zwłaszcza pod względem leczniczym i to uwzględniającem najnowsze metody, tak czysto lecznicze, jak i dietetyczne, że niewątpliwie zaznajomienie się z tem dziełem opłaci się sowicie, biorąc pod uwagę ogromną częstość spraw nieżytowych i — uderzmy się w piersi zwykle dość jednostajny zasób sposobów leczniczych. A każdy praktyk wie dobrze, jak trudno dać sobie radę z istotnie przewlekłą sprawą jelita grubego i jak taka sprawa upośledza nietylko stan fizyczny, lecz i psychiczny chorego. Autorowie podzielili wszystkie sprawy ze stanowiska umiejscowienia: nieżyty czysto śluzówkowe, sprawy zajmujące i głębsze warstwy ściany jelita i wreszcie sprawy owrzodzeniowe. Podział ten ułatwia orjentację i jest przejrzysty, aczkolwiek grzeszy, być może, pewną sztucznością. Leczenie zostało osobno omówione w dużym rozdziale końcowym.

R. Grégoire. Chirurgie de l'oesophage. Masson et Cie. Paris. 180 stron. Cena 35 fr. fr.

Monografja obejmująca postępy ostatnich lat trzydziestu chirurgji przełyku. Autor omawia kolejno wrzód trawienny przełyku, uchyłki, megaoesophagus, ciała obce i rak przełyku. Zestawienie metod operacyjnych zajmuje końcowy rozdział. Dziwnem może wydawać się niepoświęcenie rozdziału zwężeniom bliznowym przełyku, tak częstym zwłaszcza u nas, oraz pominięcie opisu dokładniejszego nowoczesnych badań przełyku. Pomimo tych usterek monografja powyższa warta jest przeczytania.

A. Brindeau et Th. Theodorides. Des anemies au cours de la grossesse. Vigot Frères Paris. 230 str. Cena 45 fr. fr.

Wyczerpujące przedstawienie sprawy tak zawiłej, jak zmiany we krwi, spostrzegane podczas ciąży, od zwykłej, przejściowej niedokrewności do najcięższych postaci złośliwych anemji. Powstawanie, przebieg, rokowanie i leczenie są dokładnie omówione, przyczem niektóre bardzo ciekawe teorje wpływu ciąży na obraz krwi znajdują swe należyte uwzględnienie i omówienie. Tablice kolorowe w liczbie 5 oddają bardzo wiernie spostrzegane obrazy, a obfite piśmiennictwo ułatwia poszukiwania źródłowe. Książka dla hematologa i położnika o pierwszorzędnem znaczeniu.

CELUSON

Biszkopty ze świeżych, aktywnych, stabilizowanych **otrąb** selekcjonowanych zbóż, bez domieszki jakiegokolwiek leku

OBOK WITAMIN ZAWIERAJĄ NATURALNE
SOLE MINERALNE PHITYNY I MAGNEZU

1 — 3 sztuk dziennie w dowolnej porze dnia, lepiej zrana
Dzieciom od ½ do 2 biszkoptów dziennie, stosownie do wieku

Regulują trawienie, leczą zaparcie,
dając obfite i regularne wypróżnienia,
bez obawy przyzwyczajenia się organizmu

Nie drażnią żołądka **Wszelka djeta zbyteczna**

POTĘŻNY ŚRODEK W SCHORZENIACH WĄTROBY I JELIT

CAŁKOWITY WYCIĄG Z ŻÓŁCI I BOLDO



Działanie na jelita: Trawienne, perystaltyczne, przeciwkoagulacyjne, przeciwgnilne
Działanie na watrobę: Żółciopędne, glikogenotwórcze, antytoksyczne, tonizujące.

KRONIKA

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH.

Komunikat informacyjny
(styczeń 1935 r.).

DOŚWIADCZENIA NAD ŚMIERTELNEMI PORAŻENIAMI PRĄDEM.

W Instytucie Patologji uniwersytetu w Lipsku, dr. S. Köppen przeprowadził serję ciekawych doświadczeń na zwierzętach nad zagadnieniem śmiertelnych porażeń prądem. Doświadczenia te posiadają duże znaczenie dla ratownictwa w wypadkach porażeń elektrycznych u ludzi.

Istnieją porażenia dwojakiego rodzaju: prądem niskiego i wysokiego napięcia. W obu wypadkach może wystąpić śmierć zwierzęcia. W wypadku jednak porażenia prądem niskiego napięcia zmiany, które powstają w organiźmie, nie są spowodowane wyzwalającem się ciepłem, lecz polegają na swoistem oddziaływaniu energji elektrycznej na ośrodki nerwowe. Przeciwnie natomiast, przy działaniu prądu wysokiego napięcia, powstają przedewszystkiem oparzenia.

Przy chronicznem drażnieniu prądem powstają u zwierząt zmiany we krwi, objawiające się skróceniem czasu krzepnięcia krwi, w naczyniach tworzą się zakrzepy, które utrudniają krążenie i prowadzą do pękania naczyń krwionośnych i krwawień. Ustanie czynności mózgu przy porażeniach elektrycznych spowodowane jest nie bezpośrednio przez działanie prądu, lecz wskutek porażenia naczyń i wyłączenia krążenia krwi.

U zwierząt, które padły w czasie drażnienia prądem elektrycznym, stwierdzono nagłe zatrzymanie się krążenia krwi, zakrzepy w naczyniach i obrzęk tkanek. Według autora należy uznać za przyczynę śmierci w porażeniach elektrycznością paraliż naczyń krwionośnych. Stosownie też do tego należy nieco inaczej, niż to było przyjęte dotychczas, ratować ludzi, którzy ulegli porażeniu elektrycznemu. Dotychczas mianowicie ograniczano się do stosowania sztucznego oddechu, wychodząc z założenia, że porażeniu ulega tylko ośrodek oddechowy. Oprócz sztucznego oddychania powinno się więc stosować energiczne środki, pobudzające krążenie krwi, ponieważ porażenie naczyń krwionośnych jest głównym powodem śmierci.

SMUTNE SKUTKI PRACY ZAWODOWEJ CZŁOWIEKA.

Jak dalece praca zawodowa człowieka wpływa na jego zdrowie, dowodzą tego interesujące badania „Instytutu badań chorób zawodowych" w Leningradzie, dotyczące częstości występowania rozedmy płuc u robotników hut szklanych.

W Instytucie tym poddano badaniu lekarskiemu t. zw. wydmuchiwaczy. Praca ich polega na wydmuchiwaniu z bryły roztopionego szkła przez długi cybuch różnego kształtu przedmiotów. Praca odbywa się w wysokiej temperaturze, w bezpośredniem sąsiedztwie pieca hutniczego, aby bryła szkła, którą robotnicy formują, nie zastygła przedwcześnie. Ponieważ jest to praca wyjątkowo ciężka, zgłaszają się do niej tylko ludzie silni, o doskonale rozwiniętym organie oddechowym i dobrych mięśniach. Człowiek o słabej budowie nie podołałby tej pracy.

Pomimo tego, ludzie ci upadają na zdrowiu szybko i przedwcześnie. Wydmuchiwanie szkła doprowadza u nich do t. zw. rozedmy płuc, która polega na utracie elastyczności tkanki płucnej i uszkodzeniu pęcherzyków płucnych. Powodem tego jest wysokie ciśnienie powietrza, które wytwarza się w klatce piersiowej przy dmuchaniu. Rozrywa ono ściany i przegrody pęcherzyków płucnych.

Według badań 21% wydmuchiwaczy szkła cierpi na rozedmę płuc. Stosunkowo mniej, bo tylko 10%, cierpią na nią ci wydmuchiwacze, którzy robią przedmioty małe, nie wymagające większego natężenia wydechu. Natomiast ci z nich, którzy wytwarzają duże tafle szklane, używane potem do wyrobu luster, chorują na rozedmę płuc w 31%. Choroba ta z czasem prowadzi do niezdolności do pracy, w dalszych zaś stadjach staje się groźną dla życia.

Aby uchronić ludzi od spełniania pracy tak niebezpiecznej dla zdrowia, w niektórych hutach rosyjskich wprowadzono automaty pneumatyczne do wydmuchiwania szkła, które przy masowem wytwarzaniu wyrobów standaryzowanych mogą zastąpić pracę płuc ludzkich. Wszakże i w tych wypadkach, gdy zastąpienie pracy ludzkiej przez maszynę jest niemożliwem, można znacznie zmniejszyć chorobowość zawodową robotników przez racjonalną profilaktykę, przenoszenie robotników o zagrożonem zdrowiu do innych oddziałów i właściwe leczenie przy wczesnem rozpoznaniu choroby.

Sprawa ta jest niezmiernie aktualna również i u nas w Polsce, gdyż — według obserwacyj inspektorów pracy — u wydmuchiwaczy w hutach szkła spotyka się często objawy schorzeń spowodowanych pracą zawodową.

Zorganizowanie i w polskim przemyśle szklanym racjonalnej akcji profilaktycznej i higjenicznej jest rzeczą pilną i konieczną.

KATASTROFALNE LICZBY WYPADKÓW W BUDOWNICTWIE.

Ubiegły sezon budowlany obfitował w szereg katastrof, które pociągnęły za sobą wiele ofiar w ludziach. Przypomnijmy sobie głośne wypadki przy rozbiórce części Dworca Głównego w Warszawie, przy rozszerzaniu kawiarni Lardellego oraz zawalenie się rusztowań katedry w Katowicach, które spowodowało śmierć 4 osób oraz cięższe lub lżejsze urazy 95 ludzi.

Jednakże obok tych wypadków, które ze względu na katastrofalne rozmiary interesują szeroki ogół czytelników pism, codziennie na budowach zdarza się cały szereg wypadków drobniejszych, które zestawione z pewnych okresów czasu — stanowią liczbę groźną i bolesną.

Zanim będziemy mogli podać według urzędowej statystyki liczby wypadków w ciągu roku ubiegłego, spróbujmy zestawić wypadki, jakie zaszły w miesiącach październiku i listopadzie na podstawie wzmianek ukazujących się w prasie codziennej.

Okaże się, że w październiku pisma zanotowały 32 wypadki, które pociągnęły za sobą 15 ofiar

śmiertelnych i 135 ciężkich okaleczeń robotników na budowach.

W listopadzie mieliśmy 39 wypadków, które spowodowały 17 ofiar śmiertelnych, a 49 osób odniosło ciężkie okaleczenia. Zaznaczyć należy, że pisma notują tylko wypadki najcięższe i śmiertelne. Tak więc wypadek śmiertelny zdarza się przeciętnie co drugi dzień, co daje w sumie około 150 ludzi zabitych w ciągu roku na budowach. Straty gospodarcze spowodowane przez wypadki dosięgają cyfry 7,5 miljonów złotych rocznie, a ponosi je przecież całe społeczeństwo w drodze składek ubezpieczeniowych na koszty leczenia i renty poszkodowanych.

Przeglądając notatki w prasie lub protokóły wypadków spostrzegamy, że najczęściej, jako przyczyny wypadków wymieniane są „upadek z rusztowań" i „zawalenie się rusztowań". Zresztą wystarczy przyjrzeć się lichym i niedbale zmontowanym rusztowaniom przy nowobudowanych lub odnawianych kamienicach, aby zrozumieć, że dla zapewnienia bezpieczeństwa pracy na budowach konieczne jest wprowadzenie wzorowych rusztowań i odpowiedniej organizacji pracy na budowie.

Instytut Spraw Społecznych ogłosił niedawno konkurs na pracę o rusztowaniach budowlanych. Liczne zapytania i ogólne zainteresowanie, jakie wzbudził konkurs w sferach inżynierskich i przemysłowych, upoważnia do przewidywania, iż wyniki konkursu będą pomyślne i ciekawe i, że konkurs ten przyczyni się niewątpliwie do poprawienia warunków bezpieczeństwa pracy na budowach.

BRAK TLENU POWODEM UDUSZENIA SIĘ PRZY OCZYSZCZANIU ZBIORNIKÓW.

Przy oczyszczaniu wielkich zbiorników metalowych, kotłów i tanków, bardzo częste są wypadki śmiertelnego zatrucia robotników, którzy zstępują do ich wnętrza, względnie eksplozji gazów zawartych we wnętrzu zbiornika, najczęściej wskutek zawleczenia ognia przy naprawie zbiornika. Wypadki te występują nieraz pomimo zachowywania zwyczajnych środków bezpieczeństwa, jak przewiązanie pracownika, zaopatrzenie go w maskę przeciwgazową, ustawienie człowieka kontrolującego, ponieważ te powszechnie stosowane środki nie zapobiegają wszystkim niebezpieczeństwom, które zagrażają robotnikom zstępującym do wnętrza zbiorników.

Należy się w takich wypadkach liczyć z potrójnem niebezpieczeństwem: obecności gazów trujących, gazów wybuchowych i braku tlenu. Tego ostatniego momentu zwykle nie bierze się pod uwagę i stąd wynikają najtragiczniejsze w skutkach błędy. Wystarczy bowiem krótki pobyt w kotle pozbawionym tlenu, aby robotnik utracił przytomność. Jeżeli robotnik zstępuje z palnikiem gazowym do kotła, w którym jest mało powietrza, wówczas tlen szybko wyczerpuje się i tworzy się tlenek węgla, który zatruwa robotnika.

Jeśli wiemy zgóry, że zbiornik zawiera gazy trujące, nie wystarczy zaopatrzyć robotnika w maskę gazową. Maska bowiem pochłania gazy trujące, nie tworzy jednak tlenu. Robotnik, pomimo maski gazowej, dusi się i może umrzeć spowodu braku tlenu. Tak samo jeśli temperatura wewnątrz kotła jest nieco podniesiona, sięga 20 — 30°C, filtry masek gazowych zużywają się już w przeciągu 10 — 20 minut i potem przepuszczają gaz. Dotyczy to zwłaszcza zbiorników, które zawierają płyny bardzo lotne, a więc np. benzynę, benzol, ksylol, siarczek węgla i t. p.

Robotnik, który schodzi do kotła, powinien być zaopatrzony nietylko w maskę gazową, ale i w zbiornik tlenu, wraz z odpowiednim aparatem. Ponieważ aparat taki jest dość ciężki i przeszkadza w pracy, lepiej jest zapomocą odpowiedniego przewodu dobrze wentylować zbiornik, doprowadzając doń świeże powietrze. W wypadkach kiedy istnieje obawa wybuchu gazów nie należy wpuszczać świeżego powietrza do zbiornika, wpuszcza się wówczas t. zw. gazy ochronne, które nie zawierają zupełnie tlenu i zapobiegają eksplozji. W takich wypadkach niezbędne jest użycie, obok maski gazowej, aparatu tlenowego i zachowanie jaknajdalej idącej ostrożności w użyciu światła.

Jakie środki ostrożności należy zachować przy szczególnie niebezpiecznem oczyszczeniu zbiorników po kwasie siarkowym, informuje na str. 159 i następnych książka K. Hessek i St. Micewicz — Praca w hutach cynku i ołowiu pod względem bezpieczeństwa i higjeny, wydana nakładem Instytutu Spraw Społecznych.

Ponadto jest rzeczą wskazaną, aby przy czyszczeniu zbiornika zatrudnionych było conajmniej dwóch ludzi, z których jeden pozostaje nazewnątrz przy lince i w razie potrzeby niesie pomoc towarzyszowi.

UPADEK SIŁ FIZYCZNYCH MŁODOCIANEJ ARMJI PRACY.

Zagadnienie zatrudniania młodocianych robotników w przemyśle uległo w dzisiejszych czasach znacznemu zaostrzeniu. Kryzys i bezrobocie spowodowały procentowy wzrost zatrudnienia tej taniej, a często i bezpłatnej siły roboczej. Z punktu widzenia społecznego zjawisko to musi budzić troski o przyszłość młodocianej armji pracy.

Szczególnie niepokojąco przedstawia się stan zdrowotny młodocianych robotników. Prowadzone w całej Polsce badania lekarskie młodocianych sygnalizują dość szybko postępujący upadek ich sił fizycznych. Upadek ten jest wynikiem całego szeregu czynników: niskich zarobków i płynącej stąd nędzy, zbyt wczesnej eksploatacji niedojrzałychjeszcze organizmów, — nadewszystkie jednak fatalnych warunków zdrowotnych pracy w przemyśle. Istotnie, praca młodocianych — tak samo zresztą, jak i praca ich dorosłych towarzyszy — odbywa się często w warunkach urągających elementarnym wymaganiom higjeny i bezpieczeństwa. Wynikiem tego jest szybki upadek zdrowia młodocianych, prowadzący często do zupełnego inwalidztwa, jeszcze przed dojściem do dojrzałości i pełni sił. Jakie to ma znaczenie dla gospodarki społecznej, jak wielkie straty powoduje takie marnotrawstwo najcenniejszego materjału ludzkiego — tego chyba podkreślać nie trzeba.

Zatrudnienie młodocianych robotników przynosi każdemu pracodawcy duże zyski, gdyż za małą opłatą otrzymuje on robotnika młodego, pełnego zapału i doskonale pracującego. Należy domagać się, aby za te zyski pracodawca odpłacał przynajmniej spełnieniem obowiązku ochrony je-

go zdrowia, tego bowiem domaga się interes społeczny.

Każdy większy warsztat pracy powinien posiadać własnego lekarza fabrycznego, któryby dbał o warunki higjeny i bezpieczeństwo pracy, udzielał pomocy w tak licznych u nas wypadkach przy pracy a w całokształcie produkcji wprowadził racjonalną gospodarkę elementem ludzkim.

Obecność lekarza w fabryce jest zjawiskiem powszechnem na zachodzie Europy. Lekarz przyczynia się tam również do podniesienia rentowności produkcji, przez zwiększenie wydajności pracy ludzkiej.

Skutki braku lekarzy fabrycznych w Polsce odbijają się ujemnie na stanie zdrowia mas pracujących i na samej produkcji.

KURS Z DIETETYKI.

W okresie od 1.IV. do 6.IV. 1935 r. włącznie odbędzie się przy II Klinice Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszawskiego (Dyrektor Prof. Uniw. Warsz. Dr. med. Witold Orłowski) kurs dokształcający z dietetyki dla lekarzy. Tematy wykładów oraz zajęć praktycznych, które ogółem obejmą 37 godzin, są następujące:

I. Rola dietetyki w lecznictwie — Doc. Dr. J. Węgierko.

II. Dietetyka ogólna:

1. Biochemja białek, tłuszczów i węglowodanów — Prof. Dr. S. Przyłęcki;
2. Energetyka żywienia — Dr. E. Apfelbaum;
3. Przemiana mineralna i kwasozasadowa a żywienie — Dr. J. Glass;
4. Przemiana wodna a żywienie — Dr. J. Fliederbaum;
5. Nauka o pokarmach — Doc. Dr. G. Szulc, (pokarmy zwierzęce, roślinne, wchłanianie, przyswajanie, wydalanie).

III. Dietetyka szczegółowa:

1. Choroby żołądka — Doc. Dr. S. Cytronberg;
2. Choroby jelit — Doc. Dr. Z. Gorecki;
3. Choroby wątroby — Doc. Dr. W. Filiński;
4. Choroby narządu ruchu z uwzględnieniem skaz — Doc. Dr. E. Reicher;
5. Wychudnienie i otyłość — Dr. J. Roguski;
6. Cukrzyca — Doc. Dr. J. Węgierko;
7. Choroby krwi — Dr. A. Fidler;
8. Choroby narządu krążenia — Dr. A. Fidler;
9. Choroby gruczołów dokrewnych — Dr. A. Fidler;
10. Choroby narządu oddychania z uwzględnieniem gruźlicy płuc — Dr. J. Misiewicz;
11. Choroby nerek i dróg moczowych — Dr. W. Markert.

IV: Przyrządzanie pokarmów wraz z zajęciami praktycznemi — Mag. M. Morzkowska.

Opłata za kurs wynosi zł. 30.—. Uczestnikom będą zapewnione mieszkania na ich żądanie po zniżonej cenie oraz zniżki kolejowe w drodze powrotnej. Po ukończeniu kursu wydawane będą odpowiednie zaświadczenia.

Zgłoszenia będą przyjmowane do dn. 15 marca 1935 r. Wpłata powinna być uiszczona do dn. 25 marca 1935 r. Informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia st. asystent II Klin. Chor. Wewn. Uniw. Warsz. dr. J. Rydygier, Warszawa ul. Nogrodzka 59.

*

W dniu 16 marca r. b. rozpocznie się dwutygodniowy kurs dla lekarzy z zakresu rzeżączki, zorganizowany przez Związek Przeciwweneryczny i Sekcję Walki ze zwyrodnieniem Rasy — Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Uczestniczyć mogą lekarze państwowi, wojskowi, samorządowi i lekarze praktycy.

Wpisowe złotych 10.— dopuszczalne są ulgi dla lekarzy i instytucyj wspierających Związek Przeciwweneryczny lub Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Przewidziany jest kurs teoretyczny i praktyczny, ten ostatni grupami po 5 osób. Zajęcia praktyczne będą się odbywały w godzinach od 9 — 12, zajęcia teoretyczne w godz. od 12 — 13.—.

Program kursu teoretycznego jest następujący:

1. Rzeżączka u mężczyzn w okresie ostrym — doc. dr. med. St. Kapuściński.
2. Rzeżączka u mężczyzn przewlekła i jej powikłania — Prezes T-wa Eug. dr. med. L. Wernic.
3. Metodyka badania rzeżączki przewlekłej u mężczyzn — Dyr. dr. med. H. Szczodrowski.
4. Rzeżączka u dzieci — Ord. szpit. Św. Łazarza dr. med. B. Michałowski.
5. Rzeżączka u kobiet — Ord. szpit. Św. Łazarza dr. med. W. Borkowski.
6. Urologja i jej stosunek do rzeżączki — Ordyn. Szpit. Św. Łazarza dr. med. W. Lilpop.
7. Schorzenia wewnętrzne a rzeżączka — Prof. dr. med. M. Semerau Siemianowski.
8. Bakterjologja i urologja rzeżączki — Kierownik pracowni laboratoryjnej Szpit. Św. Łazarza dr. med. J. Zalewski.
9. Leczenie powikłań rzeżączki światłem oraz elektrycznością — Kierownik pracowni światłoleczniczej szpit. Św. Łazarza dr. med. E. Brunner.

Pozatem przewidziane są kollokwia z zakresu kazuistyki chorób skóry w przebiegu rzeżączki Ordyn. Szpit. Św. Łazarza dr. med. R. Bernhardt.

Zapisy na kurs w Polskiem Towarzystwie Eugenicznem, Nowy Świat nr. 1.

Liczba ucztstników ograniczona.

Prosimy najuprzejmiej o zwolnienie lekarzy urzędowych, biorących udział w kursie powyższym — na czas jego trwania.

IV KURS ODMY SZTUCZNEJ.

W okresie od dnia 27 lutego do dnia 27 marca 1935 r. odbędzie się 4-ro tygodniowy Kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Mini-

sterstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. W.

Program Kursu uwzględni przedewszystkiem studja praktyczne jak również obejmie 32-godziny wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczów odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorjum, oraz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych, oraz z techniką zakładania odmy.

Podania na Kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny) najpóźniej do dnia *18-go lutego* 1935 r. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu.

Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendjum.

Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendjum będą mieli lekarze już zatrudnieni w społecznej akcji przeciwgruźliczej.

Dyrektor P. Z. P.
Dr. *M. Grodecki.*

Prezes Polskiego
Związku Przeciwgruźliczego:
Dr. *J. Adamski.*

Z POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŹLICZEGO.

W dn. 13.I. r. b. odbyło się poświęcenie i otwarcie pawilonu dla chorych na gruźlicę przy szpitalu powszechnym w Sosnowcu. Pawilon ten został zbudowany staraniem miejscowego T-wa Przeciwgruźliczego i w znacznej mierze z jego funduszów. Pawilon mieści 50 łóżek: w 8 salach sześciołóżkowych i 2 seperatkach, poczekalnię, świetlicę, pomieszczenie dla roentgena (już zainstalowanego), salkę zabiegów i kuchenkę podręczną. Plan budowy b. prosty i racjonalny: środkiem murowanego parterowego budynku przebiega korytarz, oświetlony przez szklane ściany w obu końcach i od sufitu, po stronie słonecznej położone są sale, zaopatrzone w szklane drzwi na taras, na który mogą być wywożone łóżka, po stronie przeciwnej korytarza położone są wszystkie inne pomieszczenia, umywalki, wanny (dwie) i ustępy.

Zwraca uwagę rozplanowanie racjonalne, proporcjonalne wymiary i estetyka urządzenia, pomimo wielkiej prostoty. Budynek ma wodociąg i kanalizację. Uderzająco niski jest koszt budowy: pawilon wraz z instalacjami i urządzeniem wewnętrznem kosztował 120.000 zł., co wynosi 2.400 zł. na jedno łóżko.

Pawilon został wybudowany z ofiarności społecznej, na dochody Komitetu budowy złożyły się: fundusze T-wa Przeciwgruźliczego w Sosnowcu, pochodzące ze zbiórki „Dni Przeciwgruźliczych" w sumie 30.000 zł., ofiarowany przez Zarząd miasta plac oceniony na 10.000 zł. dary: miejscowego Związku Lekarzy, przemysłowców, właścicieli fabryk, poszczególnych osób, dochody z imprez towarzyskich, organizowanych przez paniegorliwe rzeczniczki budowy, wreszcie zapomoga Ministerstwa Opieki Społecznej w sumie 25.000 zł.

Największe zasługi w powstaniu tej placówki położyli: Dr. Molicki lekarz miejski i sekretarz T-wa Przeciwgruźliczego i Dr. Witkowski — Prezes Towarzystwa.

Jednocześnie z otwarciem został dokonany akt przekazania pawilonu miastu, które będzie placówkę tę prowadziło.

Na uroczystości byli obecni: przedstawiciel Ministerstwa Opieki Społecznej Dr. Skokowska-Rudolfowa, Wojewody Kieleckiego — Naczelnik Wydz. Zdrowia Dr. Dziewulski, Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Dyr. Dr. Grodecki, Komisarz miasta, delegaci T-wa Lekarskiego, Towarzystw Przeciwgruźliczych z terenu Województwa, lekarze powiatowi i liczni przedstawiciele miejscowego społeczeństwa.

CO TO JEST ORGANIZACJA „S. S."?

Na terenie Wojskowych Zakładów Pirotechnicznych w Rembertowie utworzono nową organizację robotniczą, która ma za zadanie pracę nad podniesieniem warunków higjeny w fabryce i niesienie pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy. Nosi ona nazwę „Sieci Samarytańskiej" („S. S."). Oto niektóre paragrafy tej, godnej naśladownictwa, organizacji:

§ 4. Zadania „S. S." charakteru ogólnego:

a) budzenie wstrętu do brudu przez rozwijanie kultu ładu i czystości;

b) zabieganie o zdrowie pracowników przez krzewienie poczucia odpowiedzialności za następstwa, wynikające dla zdrowia własnego i innych z tytułu zaniedbania wskazań higjenicznych;

c) dążenie do stworzenia atmosfery higjenicznej w warsztatach pracy przez dopilnowanie wietrzenia hal fabrycznych, doglądanie sprawnego funkcjonowania istniejących wietrzników (wentylatorów), dbanie o czystość umywalni, miejsc ustępowych i t. p.

Członkowie organizacji „S. S." przechodzą kursy ratownictwa i zapoznają się z zasadami higjeny ogólnej i osobistej, aby mogli nieść sprawną i fachową pomoc w wypadku przy pracy, zanim przybędzie lekarz. Cała fabryka podzielona jest na rejony, podległe odpowiednim kierownikom rejonów i sanitarjuszom, którzy odpowiedzialni są za ogólny stan higjeniczny pomieszczeń i którzy wpływają na robotników, aby stosowali się do przepisów higjeny i bezpieczeństwa pracy i aby nie narażali zdrowia i życia. Kierownikiem całej organizacji jest lekarz fabryczny.

Organizacja ma charakter zupełnie dobrowolny i cieszy się wielką popularnością wśród robotników.

NIEMA W POLSCE ANI KATEDRY ANI DOCENTURY HIGJENY PRACY!

We wszystkich państwach podjęto obecnie sprawę reformy studjów lekarskich. Dyskutuje ją również Sekcja Higjeny Ligi Narodów. Konieczność reformy wynika z postępu nauki lekarskiej, która stworzyła ogromny już dziś dział profilaktyki zapobiegania chorobom, niedość dotychczas uwzględniony w programach studjów na wydziałach lekarskich. Lekarz, który wychodzi z dzisiejszego uniwersytetu, jest niedostatecz-

nie obznajmiony z tym nowym kierunkiem walki z chorobami.

Według opinji wielu fachowców stosunkowo najnowocześniej zorganizowane jest studjum lekarskie w Rosji. Młode uniwersytety sowieckie posiadają bardzo rozbudowany dział profilaktyki. M. inn. uwzględniono w nich szeroko ważny dział higjeny pracy. Przy większości uniwersytetów jest specjalna katedra, poświęcona tej gałęzi nauki. Personel takiej katedry składa się z 3-ch profesorów zwyczajnych i większej liczby asystentów. Ponadto istnieje w Rosji kilkanaście instytutów naukowych, poświęconych medycynie pracy.

Ostatnio powstały również podobne instytuty w Anglji i w Niemczech. Nadto wszystkie większe uniwersytety tworzą nowe katedry i docentury higjeny pracy, aby przystosować się do nowych wymagań życia i nauki.

W Polsce sprawa reformy studjów lekarskich jest również aktualna. Wypowiadają się na ten temat w prasie fachowej liczni profesorowie. Podnosi się przytem zupełny brak personelu naukowego do objęcia nowych katedr higjeny. Np. w całej Polsce jest *tylko jeden docent higjeny*, niema zaś żadnej katedry *ani docentury higjeny pracy*. Istnieje jedynie w Warszawie, przy Państwowym Zakładzie Higjeny, mały oddział higjeny pracy, zatrudniający trzy osoby personelu naukowego.

Jak na całą Polskę, jest to, naprawdę, niewiele...

Stan ten jest groźny zarówno dla przyszłości nauki polskiej, jak i przedewszystkiem dla stanu zdrowia publicznego.

MASKA GAZOWA W SŁUŻBIE HIGJENY PRACY.

Tlenek węgla (czad) jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych gazów trujących w przemyśle, a zapobieganie zatruciom nim niezawsze daje należyte wyniki. W pobliżu palenisk gaz ten stale się wydziela i niesposób usunąć go, nawet przy najstaranniejszej wentylacji zanieczyszczonych tlenkiem węgla pomieszczeń. Najmniejsze zaś ślady tego gazu, wdychane stale, wywołują chroniczne zatrucie. To też najbardziej zagrożeni są zatruciami tlenkiem węgla palacze i robotnicy, pracujący w pobliżu palenisk i czadnic (gazogeneratorów).

Ostatnio w walce z zatruciami tlenkiem węgla przy pracy zastosowano maski gazowe, zaopatrzone w filtry, w których na drodze katalitycznej tlenek węgla ulega spalaniu (w temperaturze pokojowej) na zupełnie nieszkodliwy dla organizmu tlenek węgla. Jedynym warunkiem reakcji jest dostęp świeżego powietrza.

Maski takie zastosowano już w przemyśle niemieckim. Są one bardzo proste w konstrukcji, ekonomiczne, tanie i wygodne w użyciu. Robotnicy mogą je nosić codziennie godzinami przy pracy, bez żadnych przeszkód w oddychaniu. Maski te nietylko neutralizują tlenek węgla, lecz także pochłaniają inne gazy trujące, jak np. fosgen, chlor, amoniak, kwas pruski, kwas siarkowy, a więc różnego rodzaju gazy bojowe i przemysłowe. Są więc uniwersalnemi maskami gazowemi i powinny znaleźć zastosowanie zarówno w przemyśle, jak i wojskowej obronie przeciwgazowej.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.

OD REDAKCJI.

KONKURS

„WIEDZY LEKARSKIEJ"

Zgodnie z warunkami ogłoszonego w roku zeszłym konkursu „Wiedzy Lekarskiej" podajemy obecnie opinję Sądu Konkursowego.

Sąd Konkursowy pod przewodnictwem P. Prof. W. Orłowskiego po zaznajomieniu się z dość skąpo nadesłanemi pracami stwierdził naogół mierny poziom prac, wobec czego postanowił: w myśl ustępu 7 „Warunków konkursu" nie przyznawać żadnej z prac nagrody głównej, natomiast wyróżnić cztery prace nadesłane pod godłami: Jon, Wieś Polska, Ład i Czeremis, „Nil sine magno vita labore dedit mortalibus", wyznaczając im nagrody pocieszenia po 250 zł. każda. Po otwarciu kopert z godłami okazało się:

Godło Jon — Dr. L. Berlinerblau, Wilno: „Nowy sposób leczenia przewlekłych ropotoków ucha środkowego".

Godło Wieś Polska — Dr. P. Lipsztat, Garwolin: „O najczęstszej chorobie chłopki polskiej".

Godło Ład i Czeremis — Dr. St. Higier, Warszawa: „Leczenie jodem choroby Basedowa".

Godło Nil sine etc. — Dr. Jerzy Lypa, Warszawa: „Symphytum asperum w odżywianiu dzieci".

Prace nagrodzone ukażą się drukiem na łamach Wiedzy w ciągu roku bieżącego. P. P. Autorzy są proszeni o zgłoszenie się osobiste lub pisemne do Administracji, Kaliska 9, celem podjęcia nagród.

Prace nienagrodzone są do odebrania w Administracji.

Redakcja Wiedzy Lekarskiej poczuwa się do miłego obowiązku złożenia na ręce Pana Profesora Witolda Orłowskiego — serdecznego podziękowania członkom Sądu za trudy poniesione w związku z konkursem.

WARUNKI KONKURSU.

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy", z wyjątkiem stałych współpracowników pisma.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Na konkurs mają być nadesłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w trzech egzemplarzach do Administracji „Wiedzy", najpóźniej do dnia 31 grudnia 1935 r. Razem z pracą nadesłać należy kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1935 „Wiedzy". Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy", w ciągu roku 1936.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda wynosi 1000 zł.; w razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody głównej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo, albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagrody wymienionej na mniejsze.